

Zarząd Województwa Śląskiego

KIERUNKI RESTRUKTURYZACJI SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ DLA, KTÓRYCH ORGANEM ZAŁOŻYCIELSKIM JEST WOJEWÓDZTWO ŚLĄSKIE NA LATA 2009 - 2013



Opracowanie:
Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej
Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego

Katowice, grudzień 2009r.

SPIS TREŚCI

	Strona
1. Wstęp.....	3
2. Przesłanki ogólne i zakres „Kierunków”.....	4
3. Sytuacja województwa śląskiego na tle kraju.....	5
4. Analiza potencjału jednostek ochrony zdrowia województwa śląskiego na tle kraju.....	6
5. Cel strategiczny i cele szczegółowe „Kierunków”.....	15
6. Charakterystyka samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie.....	18
6.1. Potencjał wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia.....	18
6.2. Sytuacja finansowa wojewódzkich zakładów opieki zdrowotnej.....	24
6.3. Obszary problemowe i bariery rozwoju wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia.....	30
7. Kierunki działań w procesie restrukturyzacji.....	45
7.1. Proces zmian własnościowych w Polsce w latach 1999-VI.2009.....	45
7.2. Restrukturyzacja jednostek ochrony zdrowia (informacje ogólne).....	47
7.3. Kierunki działań w procesie restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie	49
8. Proponowane działania procesu restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie.....	63
9. Podsumowanie.....	73
Załącznik 1: Słownik terminów i pojęć.....	74
Załącznik 2: Wykaz tabel, map i wykresów.....	84
Załącznik 3: SCHEMAT „Kierunki restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie”	87

1. Wstęp

Wszystkim obywatelom, niezależnie od statusu materialnego, prawo zapewnia równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych. Ustawy o samorządach: gminnym, powiatowym oraz województwa nakładają na jednostki samorządu terytorialnego liczne zadania, w tym także z zakresu ochrony zdrowia. Niedofinansowanie sfery opieki zdrowotnej, brak środków oraz nieefektywne zarządzanie powoduje, że realizacja powyższych obowiązków staje się coraz trudniejsza.

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej przewiduje dla jednostek publicznych, specyficzną formę organizacyjno – prawną, jaką jest samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. Jednostki te zobowiązane są do udzielania świadczeń medycznych wszystkim uprawnionym, bez jednoczesnej gwarancji zapłaty za wykonane usługi. Przepisy prawne odnoszące się do zasad i sposobu zapłaty za wykonane przez zakłady opieki zdrowotnej świadczenia medyczne, których płatnikiem jest Narodowy Fundusz Zdrowia, a także określające limity na udzielane świadczenia, ulegają częstym zmianom, niejednokrotnie zupełnie nie odpowiadają rzeczywistym potrzebom i faktycznie wykonanym usługom medycznym. Tak zwane „nadwykonania” powodują, że jednostki opieki zdrowotnej popadają w coraz większe zadłużenie, co w konsekwencji prowadzi do obniżenia poziomu i jakości świadczeń medycznych. Coraz częściej jednostki te zmagają się z problemami kadrowymi i finansowymi. Jednym z problemów jest również obowiązek dostosowania się do uregulowań prawnych dotyczących spełnienia warunków realizacji świadczeń usług zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Stojące przed regionem wyzwania w związku z uczestnictwem w strukturach Unii Europejskiej niosą za sobą konieczność podniesienia poziomu infrastruktury jednostek oraz świadczonych przez nie usług.

Troską władz samorządowych województwa śląskiego jest zapewnienie poprawy stanu zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców regionu. Realizacja tego celu wymaga zagwarantowania sprawnych i efektywnie zarządzanych jednostek ochrony zdrowia, dysponujących odpowiednim zapleczem kadrowym, sprzętowym i lokalowym, jednostek o stabilnej sytuacji finansowej. Podstawowe znaczenie dla realizacji celu (uwzględniając regionalny charakter zadań samorządu województwa) ma restrukturyzacja wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia, poprzez stworzenie grupy strategicznych zakładów, których funkcjonowanie ma kluczowe znaczenie dla zapewnienia osobom uprawnionym bezpieczeństwa medycznego. Restrukturyzacja przyczyni się do stworzenia przewagi konkurencyjnej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na rynku usług zdrowotnych, zarówno pod względem medycznym, jak i ekonomicznym.

Aby w pełni zrealizować wyznaczony cel przystąpiono do opracowania ***Kierunków Restrukturyzacji Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie na lata 2009-2013***, zwanych w dalszej części „Kierunkami”. „Kierunki” odnoszą się do problemów występujących w regionie śląskim i skierowane są do wszystkich wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia, dla których organem założycielskim jest Samorząd Województwa Śląskiego. Biorąc pod uwagę liczebność jednostek, a także trudną sytuację w sferze finansów publicznych, uznaje się, że przedstawiona propozycja restrukturyzacji znajduje w pełni uzasadnienie podejmowanych działań.

Dokument przygotowany został w oparciu o przepisy: ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U.2001 Nr 142 poz. 1590 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity Dz.U.2007 r. Nr 14 poz. 89 z późn. zm.).

2. Przesłanki ogólne i zakres „Kierunków”

Do zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez samorząd województwa należy m.in.:

- opracowanie, realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców,
- opracowywanie i wdrażanie innych programów służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia,
- inspirowanie i promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia,
- podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa.

Mając na uwadze powyższe zadania Zarząd Województwa Śląskiego, po przeprowadzeniu analizy obecnych uwarunkowań i perspektyw rozwoju społeczno-gospodarczego województwa oraz wymogów wynikających z przepisów prawa, uznał za celowe opracowanie ***Kierunków Restrukturyzacji Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie^{x/} na lata 2009-2013.***

„Kierunki” są dokumentem wieloletnim, obejmują zasięgiem obszar województwa śląskiego w granicach administracyjnych, jak też dotyczą GORD^{xx/} w Rabce Zdroju zlokalizowanego na terenie województwa małopolskiego. Przedmiotem „Kierunków” są wojewódzkie jednostki ochrony zdrowia, zaś podstawą sporządzenia dokumentu stała się ewidencja jednostek oraz ich analiza ekonomiczno-finansowa. Zaproponowane w nich rozwiązania zmierzają do poprawy ogólnej sytuacji zakładów opieki zdrowotnej, utworzonych przez Województwo Śląskie, zaś jedną z dróg poprawy tej sytuacji jest ich restrukturyzacja.

„Kierunki” realizują cele nakreślone w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015, Strategii Rozwoju Województwa Śląskiego na lata 2000-2020 oraz Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Śląskiego na lata 2007-2013. Są instrumentem realizacji wojewódzkiej strategii działań wobec wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia, zawartej w dokumentach strategicznych regionu i określają warunki ich restrukturyzacji.

Swym zakresem obejmują w szczególności:

- Cele „Kierunków”.
- Uwarunkowania i przesłanki rozwoju województwa.
- Analizę potencjału województwa na tle kraju, w tym wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia.
- Wykaz, podział oraz formy własnościowe wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia, dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie, przedstawione w oparciu o ich sytuację ekonomiczno-finansową, profil działalności oraz zasięg i znaczenie świadczonych usług.
- Przesłanki i kierunki działań zmierzające do racjonalnego wykorzystania zasobów wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia.
- Kierunki restrukturyzacji - formy prawne przekształceń wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia.

Opracowane „Kierunki” spełniają kilka bardzo istotnych dla procesu restrukturyzacji funkcji, są bowiem narzędziem oceny stanu i możliwości podmiotów, określają ścieżki oraz techniki służące uzdrowieniu i rozwojowi jednostek.

^{x/} Zwanych w dalszej części wojewódzkimi jednostkami ochrony zdrowia lub wojewódzkimi samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej (sp zoz)

^{xx/} Górnośląski Ośrodek Rehabilitacji dla Dzieci im. dr A. Szebesty w Rabce Zdroju

3. Sytuacja województwa śląskiego na tle kraju

Województwo śląskie położone jest na południu Polski, graniczy z Republikami: Czeską i Słowacką oraz sąsiaduje z województwami: opolskim, łódzkim, świętokrzyskim i małopolskim. Według stanu na koniec 2008 r. na powierzchni 12 334 km² (3,9% powierzchni kraju) mieszka 4,7 mln osób (drugie miejsce w kraju), co stanowi 12,2% ludności Polski. Z ogółu ludności ponad połowa (53%) stanowią kobiety. Region jest najgęściej zaludnionym obszarem w kraju, gdzie na km² przypada 377 osób (średnia krajowa 122 os.). Poziom urbanizacji jest najwyższy w kraju, w miastach województwa mieszka aż 78,4% ludności, tj. prawie 16% ludności miejskiej Polski. Region cechuje jedno z najwyższych w kraju (po woj. opolskim, warmińsko-mazurskim, lubelskim i świętokrzyskim) saldo migracji wewnętrznych i zagranicznych na pobyt stały i wynosi (-1,5) os. na 1000 ludności, kraj (-0,4) os. Liczba ludności w województwie systematycznie ulega zmniejszeniu (w latach 1999-2008 r. spadła o 202 tys. osób) i należy spodziewać się, że tendencja ta będzie utrzymywać się w przyszłości.

Wraz ze spadkiem ludności zmienia się również struktura demograficzna. Na starzenie się społeczeństwa ma również wpływ ujemny, jeden z najniższych w kraju (po woj. łódzkim i świętokrzyskim) przyrost naturalny, wynoszący (-0,2‰), kraj (0,9‰). Region cechuje drugi po woj. dolnośląskim najwyższy w kraju wskaźnik umieralności niemowląt, który w 2008 r. wynosił 6,8 niemowląt na 1000 urodzeń żywych (kraj 5,6 niemowląt) i jeden z najniższych wskaźników urodzeń żywych na 1000 ludności wynoszący dla województwa 10,1 niemowląt na 1000 ludności (kraj 10,9 niemowląt). Problemem regionu pozostaje, mimo, że niższa niż w kraju 7,1% stopa bezrobocia, wynosząca w 2008 r. 6,6%. Prawie połowa bezrobotnych to ludzie młodzi do 34 roku życia. Szczególnie niekorzystny jest wysoki odsetek osób długoterminowo bezrobotnych, nieposiadających uprawnień do zasiłku. Choć malejąca stopniowo grupa osób w wieku produkcyjnym wpłynąć może korzystnie na poziom bezrobocia, to w dłuższym okresie czasu należy liczyć się z negatywnymi skutkami starzenia się społeczeństwa i zwiększonym obciążeniem ochrony zdrowia. Stan zdrowia społeczeństwa jest znacznie gorszy od przeciętnego w kraju. Trwające dziesięć lat zakłócenia równowagi ekologicznej wpłynęły na zdrowie mieszkańców regionu, którzy płacą za to ceną skróconego okresu życia i zwiększoną w stosunku do innych regionów kraju zachorowalnością. Przeciętna długość życia mieszkańców tego regionu jest krótsza niż średnia w kraju i wynosi dla mężczyzn 70,89 lat (kraj 71,26 lat), dla kobiet natomiast 78,91 lat (kraj 79,96 lat). Większy niż w innych regionach Polski jest stopień zachorowalności na choroby zawodowe, choroby układu krążenia, nowotwory, choroby dróg oddechowych, zwłaszcza u dzieci, wyższy jest udział rent i orzeczonego inwalidztwa. Około 12% orzeczonego inwalidztwa ogółem przypada na województwo śląskie, z tego ponad 60% stanowią osoby powyżej 65 roku życia.

Województwo śląskie jest jednym z najsilniejszych gospodarczo regionów Polski. Związane jest to z występowaniem surowców naturalnych (duże zasoby węgla kamiennego, cynku i ołowiu, złóż metanu i gazu ziemnego). Znajduje się tu największy w kraju okręg przemysłowy. Dominuje przemysł energetyczno-surowcowy i metalowy. Region to także ważny węzeł komunikacyjny o znaczeniu międzynarodowym i krajowym. Jest tu najbardziej w kraju rozbudowana sieć drogowa i kolejowa. Pod względem PKB województwo zajmuje trzecie miejsce w kraju, po województwie mazowieckim i dolnośląskim. PKB na 1 mieszkańca wynosi w regionie 29,5 tys. zł (w 2007 r.) i wyższy jest od średniej krajowej – 27,8 tys. zł. Region jest drugim największym skupiskiem ośrodków badawczych w kraju, których działalność skierowana jest przede wszystkim na ochronę środowiska, energetykę, automatykę i elektronikę. To także ważny ośrodek kultury, jeden z największych ośrodków

naukowych i akademickich w kraju. Znaczący ośrodek medyczny, o dużej koncentracji specjalistycznych jednostek ochrony zdrowia, do których m.in. zalicza się: Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej – Curie Oddział w Gliwicach, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu, Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich czy Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. dr J. Daaba w Piekarach Śląskich. Atrakcyjne warunki inwestycyjne spowodowały napływ do regionu kapitału inwestycyjnego. O jego atrakcyjności decydują m.in. położenie geograficzne, olbrzymi rynek zbytu, duże zaplecze surowcowe, dobrze rozwinięta infrastruktura, wysoko kwalifikowana kadra pracownicza oraz wyróżniająca mieszkańców regionu kultura i dyscyplina pracy.

4. Analiza potencjału jednostek ochrony zdrowia województwa śląskiego na tle kraju

W 2007 roku w Polsce istniało 748 szpitali ogólnych, w tym 170 szpitali niepublicznych (tj. 23% ogółu). Łączna liczba łóżek w szpitalach ogółem wynosiła 175 023 łóżka. Największy odsetek szpitali 14% występował w województwie śląskim.

Tabela 1
Liczba szpitali ogólnych i łóżek wg województw w 2007r.

Lp.	Wyszczególnienie	Szpitale ^{ab}		Łóżka w szpitalach		Liczba łóżek w szpitalach na 10 tys. mieszkańców	
		Ogółem	w tym niepubliczne	Ogółem	w tym niepublicznych	Ogółem	miejsce w kraju
1	POLSKA	748	170	175 023	10 204	45,3	x
2	Dolnośląskie	64	18	13 132	2 049	44,3	7
3	Kujawsko-pomorskie	39	17	8 747	1 460	41,7	11
4	Lubelskie	37	5	10 982	401	50,0	3
5	Lubuskie	22	7	4 312	652	41,5	12
6	Łódzkie	60	15	13 200	276	51,0	2
7	Małopolskie	63	24	13 623	678	41,4	13
8	Mazowieckie	92	13	22 958	615	43,7	9
9	Opolskie	20	4	4 216	363	40,9	14
10	Podkarpackie	31	4	9 021	93	43,3	10
11	Podlaskie	28	5	5 934	140	49,5	4
12	Pomorskie	36	10	8 259	667	36,5	16
13	Śląskie	105	20	25 978	980	55,0	1
14	Świętokrzyskie	20	1	5 665	156	45,5	5
15	Warmińsko-mazurskie	34	9	5 873	746	39,9	15
16	Wielkopolskie	63	12	15 402	773	44,4	6
17	Zachodniopomorskie	34	6	7 721	155	44,0	8

Źródło: dane www.csioz.gov.pl na dzień 31.12.2007r., sprawozdania Mz-29 (szpitale ogólne, szpitale uzdrowiskowe - bez szpitali psychiatrycznych i zakładów opiekuńczo leczniczych); a/ bez MON, MSWiA i Ministerstwa Sprawiedliwości, b/ bez filii szpitali

Stacjonarną opiekę zdrowotną tworzy w województwie śląskim 105 szpitali ogólnych (stan na 2007r.) o łącznej liczbie 25 978 łóżek. Spośród 85 publicznych szpitali ogólnych województwa śląskiego, aż 35^{x/} (tj. 41%) stanowią szpitale, dla których organem założycielskim jest Samorząd Województwa.

x/ Szpitale ogólne, szpitale uzdrowiskowe (bez szpitali psychiatrycznych i zakładów opiekuńczo leczniczych)

Gęstość rozmieszczenia szpitali na terenie województwa jest wyższa niż w kraju. Na 100 km² przypada w województwie 0,85 szpitala, gdy tymczasem w kraju wskaźnik ten wynosi tylko 0,24 szpitala na 100 km².

Województwo śląskie w porównaniu do pozostałych województw w Polsce odnotowuje również wysoki poziom zabezpieczenia usług medycznych. Na 10 tys. mieszkańców województwa przypada 55 łóżek, tj. o 17% więcej niż przeciętnie w kraju (45 łóżek).

Z ogółu szpitali województwa 20 z nich stanowią zakłady niepubliczne (19%) i jest to odsetek zbliżony do średniej krajowej wynoszącej 23%.

Od 1999 roku zlikwidowanych zostało w województwie śląskim 26 szpitali publicznych. W ich miejsce powstało natomiast w tym czasie tylko 17 szpitali niepublicznych, o mniejszej liczbie łóżek. W 1999 roku na jedno łóżko szpitalne przypadało w regionie 158 mieszkańców, w 2007r. już 179 mieszkańców, pomimo tego obłożenie jednego łóżka w szpitalach było niższe niż w kraju, gdzie wskaźnik ten wynosił 218 osób.

Region posiada również dobrze rozbudowaną infrastrukturę szpitalnych oddziałów specjalistycznych. Liczba łóżek przypadających na 10 tys. mieszkańców w większości oddziałów specjalistycznych kształtuje się powyżej średniej krajowej.

Tabela 2

**Liczba łóżek w szpitalach publicznych według specjalności
na 10 tys. mieszkańców w 2007r.**

Lp.	Wyszczególnienie	Łóżka w oddziałach na 10 tys. ludności	
		Województwo śląskie	Kraj
Specjalności zabiegowe w oddziałach:			
1	Chirurgii urazowo – ortopedycznej	4,0	2,5
2	Chirurgii szczękowo – twarzowej	0,2	0,1
3	Neurochirurgii	0,6	0,5
4	Urologii	1,1	0,9
5	Okulistyki	1,6	0,9
6	Otolaryngologii	1,4	1,1
7	Intensywnej terapii	0,8	0,7
8	Chirurgicznych	5,8	5,5
9	Położniczo – ginekologicznych	4,9	4,6
Specjalności zachowawcze w oddziałach:			
1	Wewnętrznych	9,1	6,9
2	Kardiologicznych	2,0	1,9
3	Reumatologicznych	1,0	0,6
4	Gastrologicznych	0,5	0,4
5	Onkologicznych	1,1	1,1
6	Dermatologicznych	1,2	0,5
7	Rehabilitacyjnych	4,8	2,9
8	Przewlekłe chorych	0,4	0,7
9	Geriatrycznych	0,4	0,1
10	Obserwacyjno – zakaźniowych	0,4	0,6
11	Nefrologicznych	0,8	0,5
12	Hematologicznych	0,3	0,3
13	Neurologicznych	2,9	1,8
14	Gruźlicy i chorób płuc	2,7	2,1
15	Pediatrycznych	2,7	2,8

Źródło: opracowanie własne na podstawie Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia 2008 (www.csioz.gov.pl)

Na województwo śląskie przypada 12,4% osób leczonych w szpitalach w Polsce (2 miejsce w kraju po województwie mazowieckim – 13,2%).

Tabela 3

Liczba leczonych ogółem wg województw w 2007r.

Lp.	Wyszczególnienie	Leczeni ogółem (osoba)	Udział leczonych w kraju (w %)
1	Polska	6 850 214	100,0
2	Łódzkie	515 744	7,5
3	Mazowieckie	901 379	13,2
4	Małopolskie	530 659	7,7
5	Śląskie	850 183	12,4
6	Lubelskie	420 950	6,1
7	Podkarpackie	372 532	5,4
8	Podlaskie	236 322	3,4
9	Świętokrzyskie	246 968	3,6
10	Lubuskie	161 805	2,4
11	Wielkopolskie	655 534	9,6
12	Zachodniopomorskie	307 858	4,5
13	Dolnośląskie	551 902	8,1
14	Opolskie	166 048	2,4
15	Kujawsko-pomorskie	340 970	5,0
16	Pomorskie	332 846	4,9
17	Warmińsko-mazurskie	258 514	3,8

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS (www.stat.gov.pl)

Wyposażenie w specjalistyczną aparaturę medyczną szpitali ogólnych województwa śląskiego na 100 tys. ludności (wg stanu na 2007 r.), kształtowało się lepiej niż średnio w kraju:

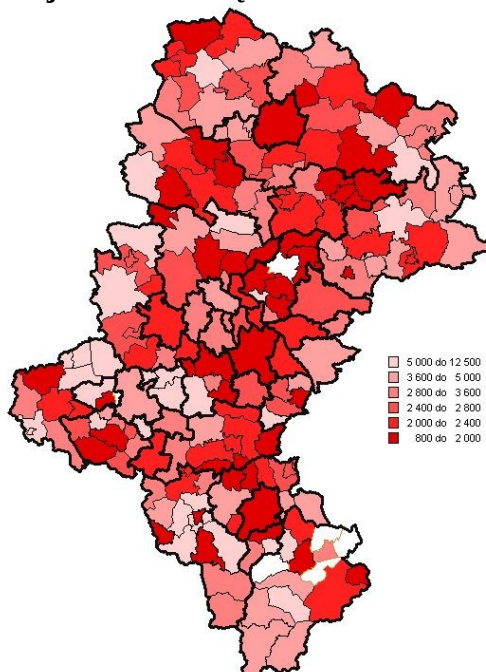
- 134 aparaty rentgenowskie z torem wizyjnym (województwo 2,9; kraj 2,5),
- 122 analizatory biochemiczne (województwo 2,6; kraj 2,2),
- 37 tomografów komputerowych (województwo 0,8; kraj 0,7),
- 10 rezonansów magnetycznych (województwo 0,2; kraj 0,1),
- 12 akceleratorów liniowych stosowanych w radioterapii nowotworów (województwo 0,3; kraj 0,2).

W szpitalach ogólnych województwa śląskiego działa znacznie więcej niż średnio w kraju pracowni badań: czynnościowych i diagnostycznych oraz zakładów radiologii i diagnostyki izotopowej, m.in.:

- 64 pracownie echokardiografii (kraj 30),
- 45 pracowni elektroencefalografii (kraj 15),
- 17 pracowni elektromiografii (kraj 5),
- 77 pracowni diagnostyki laboratoryjnej (kraj 37),
- 50 pracowni bakteriologii (kraj 24),
- 92 pracownie rentgenodiagnostyki (kraj 41),
- 95 pracowni ultrasonografii (kraj 43),
- 10 pracowni diagnostyki izotopowej (kraj 4),
- 36 pracowni tomografii komputerowej (kraj 15),
- 12 pracowni rezonansu magnetycznego (kraj 4).

Zakłady opieki zdrowotnej, zarówno w Polsce, jak również w województwie śląskim, są w przeważającej mierze w posiadaniu sektora prywatnego. Z 1 902 zakładów opieki zdrowotnej znajdujących się w regionie, aż 1 641 stanowią zakłady niepubliczne, tj. 86 % ogółu (w kraju 76%). Oznacza to, że na jeden zakład opieki zdrowotnej przypada w województwie śląskim 2 451 mieszkańców (przeciętnie w Polsce 2 755 mieszkańców). Nasycenie województwa zakładami opieki zdrowotnej jest najwyższe w kraju. Na 100 km² przypada 15 zoz (średnia w Polsce 4,4 zoz).

Mapa 1. Liczba mieszkańców przypadających na jeden zakład opieki zdrowotnej w województwie śląskim w roku 2007

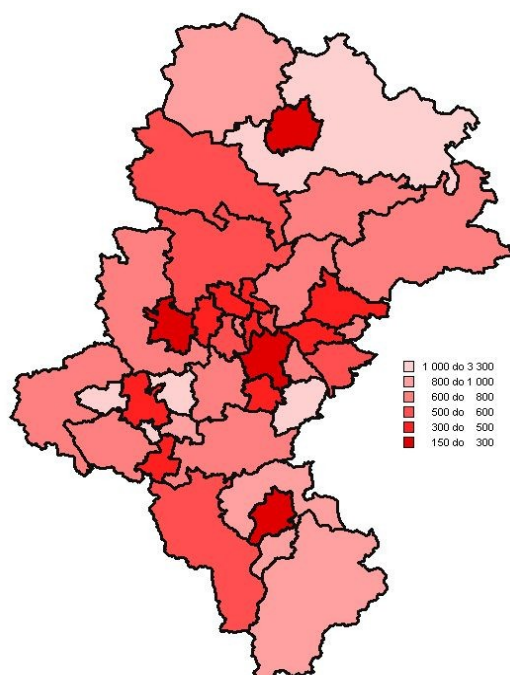


Źródło: „Analiza wpływu inwestycji w infrastrukturę społeczną na wzrost gospodarczy województwa śląskiego” Instytut Badań Strukturalnych”, wrzesień 2009r.

Kadra medyczna

W 2007 roku w województwie śląskim pracowało we wszystkich placówkach służby zdrowia 10 471 lekarzy, 1 551 dentystów, 25 353 pielęgniarki i 2 593 położne, w tym w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej pracowało odpowiednio 7 078 lekarzy, 96 dentystów, 19 528 pielęgniarek i 1 939 położnych. Dostępność do usług medycznych kształtuje się następująco: na jednego lekarza w województwie śląskim przypadają 444 osoby (kraj 487 os.), lekarza dentystę 3 001 osób (kraj 2 948 os.), pielęgniarkę 184 osoby (kraj 209 os.), położną 1 795 (kraj 1 777 os.). Nasycenie kadrami medycznymi (lekarzami i pielęgniarkami) jest korzystniejsze niż przeciętnie w kraju. Na 10 tys. ludności przypada w województwie 22,5 lekarzy (kraj 20,5 lekarzy) oraz 54,5 pielęgniarek (kraj 47,9 pielęgniarek). Nieco gorzej niż w kraju przedstawia się sytuacja w dostępie do lekarzy stomatologów, gdzie na 10 tys. mieszkańców przypada w regionie 3,3 dentystów, w kraju natomiast 3,4 stomatologów. Lepsza niż w kraju liczba lekarzy na 10 tys. ludności jest w znacznej mierze efektem występowania w regionie dużej uczelni medycznej i związanych z nią szpitali klinicznych.

Mapa 2. Liczba mieszkańców na jednego lekarza w województwie śląskim w roku 2007



Źródło: „Analiza wpływu inwestycji w infrastrukturę społeczną na wzrost gospodarczy województwa śląskiego” Instytut Badań Strukturalnych”, wrzesień 2009r.

W porównaniu z 1999 r. liczba personelu medycznego zmniejszyła się zarówno w województwie jak i w całym kraju. W latach 1999-2007 liczba lekarzy w województwie śląskim zmalała o 15% (kraj o 11%), lekarzy dentystów o 11% (kraj o 2%), pielęgniarek o 2% (kraj o 7%), wzrosła natomiast o 1% liczba położnych, gdy tymczasem w Polsce zanotowano jej spadek o 5%.

Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną

Pomimo tego, że województwo śląskie charakteryzuje się jednym z najwyższych poziomów rozwoju infrastruktury zdrowotnej, to przeznacza na ten cel o wiele większą pulę środków niż inne województwa. W latach 1999-2007 jednostki samorządu terytorialnego wszystkich szczebli województwa przeznaczyły na rozwój infrastruktury łącznie 4 582 mln zł.

W okresie 2001-2007 z budżetu Województwa Śląskiego na rozwój infrastruktury zdrowotnej przeznaczono łącznie 315,7 mln zł, w roku 2008 - 108,7 mln zł, a w 2009 roku zaplanowano wydatki na inwestycje i zakupy inwestycyjne w ochronie zdrowia na poziomie 116,6 mln zł (stan na koniec października 2009r.).

Zobowiązania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Brak równowagi finansowej pomiędzy przychodami i kosztami prowadzi do zwiększania się poziomu zobowiązań, w tym zobowiązań wymagalnych. Dynamikę kształtowania się poziomu zobowiązań ogółem (wymagalnych i niewymagalnych) w sp zoz w podziale na województwa prezentuje tabela 4.

Tabela 4
Zobowiązania ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i ich
dynamika w podziale na województwa w latach 2004-VI.2009 (w mln zł)

Lp.	Wyszczególnienie	Zobowiązania ogółem (w mln zł)						Dynamika (%)				
		2004	2005	2006	2007	2008	VI.2009	2005/ 2004	2006/ 2005	2007/ 2006	2008/ 2007	VI.2009 2008
1	Polska	9 450,0	10 273,5	10 384,3	9 563,3	9 921,0	9 654,3	108,7	101,1	92,1	103,7	97,3
2	Dolnośląskie	1 421,5	1 488,7	1 416,9	1 160,9	1 023,5	901,5	104,7	95,2	81,9	88,2	88,1
3	Kujawsko-pomorskie	427,7	464,0	517,9	444,9	454,4	457,3	108,5	111,6	85,9	102,1	100,6
4	Lubelskie	532,1	531,7	562,4	510,5	578,0	659,2	99,9	105,8	90,8	113,2	114,0
5	Lubuskie	535,8	599,0	649,9	571,2	491,9	476,3	111,8	108,5	87,9	86,1	96,8
6	Łódzkie	877,4	978,8	1 001,8	918,7	1 029,2	939,2	111,6	102,3	91,7	112,0	91,3
7	Małopolskie	606,6	673,3	669,5	643,1	676,8	659,0	111,0	99,4	96,1	105,2	97,4
8	Mazowieckie	1 037,4	1 217,0	1 204,2	1 292,1	1 484,5	1 503,4	117,3	98,9	107,3	114,9	101,3
9	Opolskie	169,2	165,8	120,6	107,0	129,8	116,3	98,0	72,7	88,7	121,3	89,6
10	Podkarpackie	301,3	340,7	340,2	318,4	361,0	360,1	113,1	99,9	93,6	113,4	99,8
11	Podlaskie	269,3	279,5	256,5	238,0	258,0	273,7	103,8	91,8	92,8	108,4	106,1
12	Pomorskie	688,2	836,7	955,2	860,8	827,2	739,4	121,6	114,2	90,1	96,1	89,4
13	Śląskie	947,0	993,7	1 056,1	997,7	1 064,0	1 070,4	104,9	106,3	94,5	106,6	100,6
14	Świętokrzyskie	366,8	374,9	337,4	308,0	288,0	281,5	102,2	90,0	91,3	93,5	97,7
15	Warmińsko-Mazur- skie	226,0	220,6	194,6	178,4	182,2	184,2	97,6	88,2	91,7	102,1	101,1
16	Wielkopolskie	333,6	376,4	391,1	371,8	447,4	440,0	112,8	103,9	95,1	120,3	98,3
17	Zachodniopomorskie	302,8	318,1	323,6	284,9	236,9	236,9	105,1	101,7	88,0	83,2	100,0
18	MON	201,3	180,1	167,0	130,2	142,5	148,2	89,5	92,7	78,0	109,4	104,0
19	MSWiA	206,0	234,5	219,4	226,7	245,7	207,7	113,8	93,6	103,3	108,4	84,5

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia (www.mz.gov.pl)

Jak wynika z przedstawionego zestawienia, od 2005 roku obserwuje się w województwie śląskim wzrost zobowiązań ogółem. Wyjątkiem był jedynie rok 2007, w którym zobowiązania ogółem spadły o 5,5% w stosunku do roku 2006. W kraju sytuacja kształtuje się podobnie, chociaż uwagę zwraca nieco szybszy spadek zobowiązań sp zoz w roku 2007 oraz w przeciwieństwie do województwa śląskiego, spadek zobowiązań ogółem w I półroczu 2009r. o 2,7%.

Od 2006 roku dynamika wzrostu zobowiązań ogółem województwa śląskiego jest wyższa niż średnia krajowa. Najlepszą sytuację zanotowano w województwie dolnośląskim, gdzie od 2006r. następuje spadek zobowiązań^{x/}.

W roku 2008 w stosunku do roku poprzedniego zobowiązania ogółem sp zoz z terenu województwa śląskiego wzrosły o 6,6% (kraj 3,7%), w I półroczu 2009 roku już tylko o 0,6 % (kraj spadek o 2,7%).

x/ Województwo dolnośląskie prowadzi od blisko 10 lat proces restrukturyzacji nadzorowanych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Główne kierunki zmian to: likwidacja jednostek, które w ocenie województwa pozbawione były szans na samodzielne funkcjonowanie i rozwój, głównie z uwagi na przestarzałą infrastrukturę i konieczność poniesienia niewspółmiernych do efektów nakładów finansowych, łączenie jednostek o podobnym charakterze bądź działających w zbliżonym zasięgu terytorialnym, w tym podległych różnym podmiotom, przekształcanie sp zoz w spółki prawa handlowego z całkowitym bądź większościowym udziałem województwa. Dzięki tym procesom możliwe było zmniejszenie liczby sp zoz z 65 do 31 jednostek

Udział zobowiązań ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie w zobowiązaniach ogółem wszystkich sp zoz z terenu województwa śląskiego przedstawia tabela 5.

Tabela 5
Zobowiązania ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez Samorząd Województwa Śląskiego na tle województwa śląskiego i kraju (w mln zł)

Lp.	Lata	Zobowiązania ogółem (w mln zł)			Udział zobowiązań (w %)		
		Polska	Województwo śląskie		Województwo śląskie ogółem/ kraj ogółem	Województwo śląskie	
			Ogółem sp zoz	Sp zoz utworzone przez Samorząd Województwa		Sp zoz utworzone przez Samorząd Województwa/ województwo ogółem	Sp zoz utworzone przez Samorząd Województwa/ kraj ogółem
1	2004	9 450,0	947,0	381,8	10,0	40,3	4,0
2	2005	10 273,5	993,7	428,2	9,7	43,1	4,2
3	2006	10 384,3	1 056,1	469,7	10,2	44,5	4,5
4	2007	9 563,3	997,7	447,3	10,4	44,8	4,7
5	2008	9 921,0	1 064,0	506,6	10,7	47,6	5,1
6	VI.2009	9 654,3	1 070,4	539,5	11,1	50,4	5,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia (www.mz.gov.pl)

Zobowiązania wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia w latach 2004-VI.2009 systematycznie wzrastały. Wyjątkiem był tylko rok 2007, w którym zanotowany został spadek zobowiązań o 4,8%, w stosunku do roku poprzedniego. W 2008 roku zobowiązania ogółem jednostek wojewódzkich zwiększyły się głównie za sprawą utworzonych rezerw na zobowiązania^{x/}.

Udział zobowiązań ogółem sp zoz utworzonych przez Samorząd Województwa w zobowiązaniach publicznej ochrony zdrowia w województwie w 2004 roku wynosił 40,3%, a w I półroczu 2009 roku osiągnął 50,4%.

Na województwo śląskie, wg stanu na koniec czerwca 2009r., przypada ponad 11% krajowych zobowiązań ogółem, w tym połowę stanowią zobowiązania wojewódzkich sp zoz. Problem stanowi wielkość zobowiązań wymagalnych, tj. zobowiązań, których termin płatności minął (zobowiązania te dodatkowo generują koszty finansowe, takie jak odsetki ustawowe, koszty postępowania egzekucyjnego, czy koszty komornicze).

Zakłady opieki zdrowotnej nie posiadając wystarczających środków finansowych, nie regulują terminowo zobowiązań, co powoduje narastanie długu. Za przyczynę takiego stanu rzeczy uznać należy niedofinansowanie systemu ochrony zdrowia – niższe finansowanie usług medycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w województwie śląskim, jak też realizację postulatów płacowych w sp zoz, w tym również tam, gdzie przekraczały one możliwości zakładu.

Kształtowanie się zobowiązań wymagalnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w podziale na województwa przedstawia tabela 6.

^{x/} Szczegółową strukturę zobowiązań ogółem jednostek ochrony zdrowia utworzonych przez Województwo Śląskie zawiera tabela 11 na stronie 26

Tabela 6

Zobowiązania wymagalne samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i ich dynamika w podziale na województwa w latach 2004-VI.2009 (w mln zł)

Lp.	Wyszczególnienie	Zobowiązania wymagalne (przeterminowane) ogółem (w mln zł)						Dynamika (%)				
		2004	2005	2006	2007	2008	VI.2009	2005/ 2004	2006/ 2005	2007/ 2006	2008/ 2007	VI.2009 2008
1	Polska	5 872,2	4 933,5	3 723,7	2 666,2	2 338,6	2 310,1	84,0	75,5	71,6	87,7	98,8
2	Dolnośląskie	1 128,6	1 031,8	778,0	504,8	341,7	260,1	91,4	75,4	64,9	67,7	76,1
3	Kujawsko-pomorskie	258,6	191,4	227,6	184,9	132,8	138,3	74,0	118,9	81,2	71,8	104,1
4	Lubelskie	337,1	243,5	125,2	83,2	160,4	170,8	72,2	51,4	66,5	192,8	106,5
5	Lubuskie	439,0	424,1	365,8	146,0	38,5	38,3	96,6	86,3	39,9	26,4	99,5
6	Łódzkie	612,8	504,1	370,6	260,5	285,4	296,3	82,3	73,5	70,3	109,6	103,8
7	Małopolskie	279,2	192,0	138,1	144,2	148,5	151	68,8	71,9	104,4	103,0	101,7
8	Mazowieckie	624,2	575,7	372,0	351,8	373,8	395,8	92,2	64,6	94,6	106,3	105,9
9	Opolskie	87,5	52,6	17,9	13,4	5,0	8,0	60,1	34,0	74,9	37,3	160,0
10	Podkarpackie	101,2	66,5	73,7	46,6	63,8	59,5	65,7	110,8	63,2	136,9	93,3
11	Podlaskie	156,2	95,4	59,0	54,9	51,5	58,5	61,1	61,8	93,1	93,8	113,6
12	Pomorskie	461,0	463,8	338,7	295,7	240,2	206,7	100,6	73,0	87,3	81,2	86,1
13	Śląskie	466,4	378,7	329,2	221,7	184,1	227,9	81,2	86,9	67,3	83,0	123,8
14	Świętokrzyskie	238,4	209,7	111,8	59,7	50,3	56,8	88,0	53,3	53,4	84,3	112,9
15	Warmińsko-Mazurskie	115,6	56,3	45,2	39,9	36,7	37,4	48,7	80,3	88,3	92,0	101,9
16	Wielkopolskie	137,5	102,6	93,0	57,3	63,3	63,9	74,6	90,6	61,6	110,5	100,9
17	Zachodniopomorskie	178,9	159,2	121,5	68,3	26,5	27,3	89,0	76,3	56,2	38,8	103,0
18	MON	119,3	67,4	55,0	29,4	25,4	25,8	56,5	81,6	53,5	86,4	101,6
19	MSWiA	130,7	118,7	101,4	103,9	110,7	87,7	90,8	85,4	102,5	106,5	79,2

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia (www.mz.gov.pl)

Analiza danych zawartych w powyższej tabeli pozwala na uchwycenie ogólnych tendencji występujących w ochronie zdrowia w ciągu ostatnich 5 lat w zakresie poziomu zobowiązań wymagalnych. W kraju od 2005 r. utrzymuje się niezmiennie tendencja spadkowa zobowiązań przeterminowanych. W roku 2009 zobowiązania te zmniejszyły się o kolejne 1,2%. W województwie śląskim natomiast, systematyczny spadek zobowiązań wymagalnych spoz notowany był na przestrzeni lat 2004-2008. Zobowiązania te w tym czasie zmniejszały się z kwoty 466,4 mln zł do 184,1 mln zł. W I półroczu 2009 roku nastąpiło jednak odwrócenie tego korzystnego trendu i zobowiązania wymagalne znacznie wzrosły, o 23,8%, do kwoty 227,9 mln zł. Główną przyczyną pogarszającej się sytuacji finansowej jednostek zdrowotnych województwa śląskiego jest brak rozliczenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia tzw. „nadwykonań”^{x/}.

x/ Zgodnie z art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zakład nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia – zakłady stosując powyższe przepisy przyjmują pacjentów „ponadlimitowych”, a następnie występują do NFZ o pokrycie kosztów leczenia, w przypadku odmowy mogą dochodzić swoich należności na drodze sądowej

Stan zadłużenia sp zoz utworzonych przez Województwo Śląskie na tle wszystkich zakładów opieki zdrowotnej z terenu województwa śląskiego oraz na tle kraju w zakresie wysokości zobowiązań, dla których minęły terminy płatności obrazuje tabela 7.

Tabela 7

Zobowiązania wymagalne samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez Województwo Śląskie na tle województwa śląskiego i kraju w latach 2004 – VI.2009 (w mln zł)

Lp.	Lata	Zobowiązania wymagalne (w mln zł)			Udział zobowiązań wymagalnych (w %)		
		Polska	Województwo śląskie		Województwo śląskie ogółem/ kraj ogółem	Województwo śląskie	
			Ogółem sp zoz	Sp zoz utworzone przez Samorząd Województwa		Sp zoz utworzonych przez Samorząd Województwa/ województwo ogółem	Sp zoz utworzonych przez Samorząd Województwa/ kraj ogółem
1	2004	5 872,3	466,4	148,6	7,9	31,9	2,5
2	2005	4 933,6	378,7	108,3	7,7	28,6	2,2
3	2006	3 723,8	329,2	108,2	8,8	32,9	2,9
4	2007	2 666,2	221,7	122,8	8,3	55,4	4,6
5	2008	2 338,6	184,1	99,3	7,9	53,9	4,2
6	VI.2009	2 310,2	227,9	111,4	9,9	48,9	4,8

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia (www.mz.gov.pl)

W latach 2004-2008 w publicznych jednostkach ochrony zdrowia regionu obserwuje się spadek zobowiązań wymagalnych. Zmniejszył się w tym czasie zarówno przeterminowany dług jednostek utworzonych przez Samorząd Województwa, jak i pozostałych publicznych zoz-ów z terenu województwa śląskiego. W I półroczu 2009r. w województwie odmiennie niż w kraju, zobowiązania wymagalne wszystkich publicznych jednostek zwiększyły się, w tym również utworzonych przez Województwo Śląskie. Zgodnie z przedstawionymi danymi na województwo śląskie (stan na koniec czerwca 2009r.) przypada ponad 9,9% krajowych zobowiązań wymagalnych, z tego prawie połowę stanowi przeterminowane zadłużenie sp zoz utworzonych przez Samorząd Województwa.

W 2004 roku udział zobowiązań wymagalnych wojewódzkich sp zoz, w zobowiązaniach wymagalnych sp zoz z terenu całego województwa śląskiego wynosił 31,9% i do 2006r. utrzymywał się na zbliżonym poziomie. W roku 2007 jednostki ochrony zdrowia Samorządu Województwa posiadały najwyższy w badanym okresie, udział zobowiązań wymagalnych w strukturze przeterminowanego długu całego regionu. Od 2008r. obserwuje się spadek tego udziału. W 2007r. udział zobowiązań wymagalnych sp zoz utworzonych przez Samorząd Województwa w kwocie zobowiązań wymagalnych całej ochrony zdrowia w województwie wynosił 55,4%, w 2008r. zmniejszył się do wysokości 53,9%, a w czerwcu 2009r. spadł do 48,9%.

Analizując poziom zobowiązań wymagalnych i zmaganie się publicznych zakładów opieki zdrowotnej z problemami finansowymi nieodzowne stają się działania w celu poprawy sytuacji ekonomicznej i finansowej jednostek. Za podstawowy wyznacznik w tej sferze działań uznać należy szeroko rozumiane procesy restrukturyzacyjne.

5. Cel strategiczny i cele szczegółowe „Kierunków”

Nadrzędnym celem „Kierunków” jest **poprawa stanu bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców poprzez stworzenie systemu regionalnej ochrony zdrowia oraz zapewnienie ciągłej, kompleksowej i wysokiej jakości opieki zdrowotnej (usług medycznych) mieszkańcom regionu.**

Powyższy cel wymaga zapewnienia sprawnych, stabilnych finansowo i efektywnie zarządzanych jednostek ochrony zdrowia, dysponujących odpowiednim personelem, sprzętem i zapleczem lokalowym.

Cel strategiczny realizowany będzie poprzez *cele szczegółowe*, jakimi są:

- 1. Racjonalne wykorzystanie posiadanego potencjału oraz dostosowanie oferowanych świadczeń do potrzeb rynku.*
- 2. Zwiększenie środków finansowych w regionalnym systemie ochrony zdrowia (ze szczególnym uwzględnieniem szpitalnictwa).*
- 3. Zwiększenie efektywności ekonomicznej jednostek opieki zdrowotnej, poprawa ich sprawności organizacyjnych oraz polepszenie warunków pracy.*
- 4. Reorganizacja i przekształcenie w jednostki niepubliczne wybranych jednostek ochrony zdrowia, dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie.*
- 5. Poprawa jakości usług medycznych lecznictwa zamkniętego i otwartego.*
- 6. Zapewnienie właściwego poziomu dostępności do opieki zdrowotnej, co wymaga przede wszystkim dostosowania zasobów diagnostyczno-terapeutycznych opieki szpitalnej do potrzeb zdrowotnych ludności wynikających z analizy sytuacji epidemiologicznej i procesów demograficznych.*
- 7. Wzrost konkurencyjności zakładów opieki zdrowotnej (wyposażenie i modernizacja zakładów, poprawa sytuacji finansowej jednostek).*

Do realizacji założonych celów i zmaksymalizowania szans osiągnięcia sukcesu istotnym działaniem będzie m. in:

- zmiana sposobu zarządzania jednostkami – zwiększenie skuteczności systemu zarządzania,
- wzmocnienie nadzoru właścicielskiego nad organizacją i funkcjonowaniem jednostek – wzmocnienie kontroli, wprowadzenie systemu monitorującego kondycję finansową jednostek,
- rozszerzenie działalności medycznej, poprzez wprowadzenie nowych usług,
- koncentracja usług medycznych,
- redukcja kosztów,
- zachowanie płynności finansowej,
- zmniejszenie zadłużenia,
- udoskonalenie struktury organizacyjnej,
- strategia inwestycyjna (nowe inwestycje pomagające odzyskać zdolność konkurencyjną),
- opracowanie przez jednostki planu działania i ścisła jego realizacja.

Do realizacji wyznaczonego celu nadrzędnego nieodzowne jest:

- utworzenie grupy zakładów strategicznych, których funkcjonowanie ma kluczowe znaczenie dla zapewnienia osobom uprawnionym bezpieczeństwa medycznego,
- wytyczenie właściwego kierunku rozwoju opieki zdrowotnej na poziomie regionalnym.

Przy ustalaniu grupy jednostek strategicznych za zasadne uznaje się ustalenie kryteriów ich wyboru, do których w szczególności zaliczyć należy:

- kompleksowość świadczonych usług i zapewnienie możliwości leczenia na wysokim specjalistycznym poziomie (duże szpitale wielo i monoprofilowe o znaczeniu ponadregionalnym),
- specjalizacja w określonych dziedzinach działalności, pozwalająca zaoferować optymalne warunki świadczenia usług oraz ich najwyższy poziom (szpitale monospecjalistyczne o znaczeniu regionalnym i krajowym),
- ważne funkcje zabezpieczenia medycznego regionu, szczególny profil działalności jednostek, wymagający ich prowadzenia z uwagi na konieczność realizacji istotnych zadań publicznych (np. zakłady psychiatryczne),
- świadczenie przez jednostkę usług o charakterze ponadlokalnym,
- odgrywanie przez jednostkę szczególnej roli w zabezpieczeniu ratownictwa medycznego (pogotowia ratunkowe),
- charakter świadczonych usług (otwarte i zamknięte).

Poprawie bezpieczeństwa zdrowotnego służyć będzie zapewnienie powszechności dostępu do profilaktyki i świadczeń zdrowotnych dla wszystkich uprawnionych osób. Wysoka jakość usług medycznych oraz łatwy do nich dostęp pozwoli na podniesienie warunków życia w regionie i zwiększenie zadowolenia pacjentów korzystających z usług. Wdrożenie przyjętych w „Kierunkach” działań przyczyni się do poprawy zdrowia mieszkańców regionu, powstania w regionie ośrodków leczenia o wysokim standardzie, w tym również o podwyższonym standardzie ośrodków leczenia specjalistycznego. Na stan zdrowia mieszkańców powinna mieć również wpływ odpowiednia promocja zdrowego i aktywnego trybu życia.

Kluczowe wyzwania związane z realizacją celu strategicznego

Realizacja celu strategicznego obejmować powinna następujące zadania:

1. Utworzenie stabilnych ekonomicznie podmiotów (osiągnięcie i utrzymanie przez nie płynności finansowej).
2. Zmianę i poprawę jakości systemu zarządzania w jednostkach.
3. Wzmocnienie funkcji organu założycielskiego nad jednostkami.
4. Poprawę jakości, dostępności i warunków udzielania świadczeń medycznych przez jednostki.
5. Zapewnienie dalszego, nieprzerwanego udzielania świadczeń medycznych restryktoryzowanych jednostek.
6. Stworzenie jednostek o europejskim standardzie oraz podwyższenie standardu ośrodków leczenia specjalistycznego.

Do osiągnięcia powyższych zadań niezbędne jest:

- stworzenie warunków do faktycznej samodzielności finansowej zakładów, rozumianej jako finansowanie kosztów swojej bieżącej działalności z uzyskiwanych przez jednostkę przychodów,
- przeprofilowanie obecnie istniejących jednostek w sposób pozwalający w największym stopniu zabezpieczyć potrzeby zdrowotne regionalnej społeczności,

- poprawa standardu i wyposażenia szpitali (zakup nowego sprzętu i aparatury medycznej, warunkujący uzyskiwanie kontraktów z Narodowego Funduszu Zdrowia),
- dostosowanie pomieszczeń jednostek do wymogów fachowych i sanitarnych, określonych właściwymi przepisami prawa,
- urealnienie stanu i struktury zatrudnienia w jednostkach ochrony zdrowia,
- stworzenie odpowiednich warunków pracy,
- wsparcie działań w zakresie kształcenia w zawodach medycznych,
- usprawnienie systemu zarządzania jakością w jednostkach ochrony zdrowia (zwiększenie liczby jednostek posiadających certyfikaty jakości, wprowadzanie zewnętrznego modelu oceny jakości i wzrost znaczenia akredytacji),
- poprawa zarządzania i jakości w usługach medycznych poprzez wdrożenie systemów informatycznych (w tym specjalistycznego oprogramowania medycznego), wdrożenie i realizacja usług z zakresu e – zdrowie,
- zwiększenie świadomości oraz motywacji do utożsamiania się z własnym zakładem przez pracowników,
- urealnienie bazy łóżkowej w stacjonarnej opiece zdrowotnej,
- podwyższanie standardów opieki zdrowotnej,
- dostosowanie profilu działalności jednostek do:
 - postępu naukowego i technicznego w medycynie,
 - rozwoju i wdrażania nowych technologii i systemów medycznych,
 - metod leczenia i diagnozowania,
 - rosnącego standardu życia,
- zapewnienie sprawnego nadzoru organu założycielskiego nad funkcjonowaniem zakładów,
- różnicowanie infrastruktury celem zaspokojenia oczekiwanych potrzeb zdrowotnych,
- rozwój opieki długoterminowej i hospicyjnej.

Reasumując, dążyć należy do racjonalnej konsolidacji i przekształcenia infrastruktury zdrowotnej, która będzie sprzyjała poprawie efektywności zarządzania wojewódzkimi jednostkami ochrony zdrowia, racjonalizacji kosztów związanych z ich funkcjonowaniem, a w rezultacie pozytywnie wpłynie na poprawę ich sytuacji ekonomicznej.

Podstawowe problemy związane z realizacją celu strategicznego

Podstawowymi problemami, z jakimi zмага się Województwo Śląskie, jako organ odpowiedzialny za działanie 56 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej są:

- brak pokrycia finansowego kosztów wykonywanych usług, rosnące zadłużenie i brak stabilności finansowej jednostek – utrata płynności finansowej,
- brak wystarczających środków finansowych na dostosowanie tak licznej grupy jednostek do:
 - wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 roku w sprawie wymagań, jakim pod względem fachowym i sanitarnym powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2006r., Nr 213, poz. 1568, z późn. zm.),
 - warunków realizacji świadczeń gwarantowanych określonych w rozporządzeniach wykonawczych Ministra Zdrowia do tzw. „ustawy koszykowej”^{x/},

^{x/} *Ustawa koszykowa* – ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004r., Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.)

- ograniczone środki budżetowe na pokrycie zobowiązań restrukturyzowanych zakładów,
- nieuregulowany stan prawny nieruchomości niektórych jednostek,
- nieefektywne zarządzanie zakładami opieki zdrowotnej,
- istniejący stan prawny uniemożliwiający samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej racjonalne funkcjonowanie w warunkach rynkowych (ustawa o zakładach opieki zdrowotnej),
- rosnące braki specjalistów – lekarzy i pielęgniarek,
- brak możliwości skoncentrowania się na jednostkach strategicznych – realizacja zadań wynikających z pełnienia funkcji organu założycielskiego dla tak dużej liczby jednostek, wymaga poważnego zaangażowania finansowego i organizacyjnego.

Barierą w przekształceniach jednostek będzie uzyskanie akceptacji związków zawodowych, co do planowanych zmian.

6. Charakterystyka samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie

6.1. Potencjał wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia

Województwo Śląskie jest organem założycielskim dla 56 zakładów opieki zdrowotnej, z tego 42 to zakłady lecznictwa zamkniętego, a 14 zakłady lecznictwa otwartego. Posiada również jedną jednostkę ochrony zdrowia działającą w formie zakładu budżetowego.

I. Lecznictwo zamknięte:

A. Największe szpitale wielo i monospecjalistyczne (11):

- 1) Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu
- 2) Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 3 w Rybniku
- 3) Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie
- 4) Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej
- 5) Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu
- 6) Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu Zdroju
- 7) Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach
- 8) Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 1 im. prof. J. Gasińskiego w Tychach
- 9) Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. prof. dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich
- 10) Wojewódzki Szpital Zespolony im. prof. dr W. Orłowskiego w Częstochowie
- 11) Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Bytomiu

B. Pozostałe szpitale wielo i monospecjalistyczne (7):

- 1) Szpital Specjalistyczny w Chorzowie
- 2) Szpital Specjalistyczny w Zabrze
- 3) Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach
- 4) Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich

- 5) Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu
- 6) Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej
- 7) Szpital Chorób Wewnętrznych „Hutniczy” w Częstochowie

C. Jednostki pulmonologiczne (6):

- 1) Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej
- 2) Szpital Chorób Płuc w Orzeszu
- 3) Szpital Chorób Płuc im. św. Józefa w Pilchowicach
- 4) Szpital Chorób Płuc w Siewierzu
- 5) Zakład Pulmonologii w Tarnowskich Górach
- 6) Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im. dr A. Pawelca w Wodzisławiu Śląskim

D. Jednostki leczenia psychiatrycznego (5):

- 1) Centrum Psychiatrii w Katowicach
- 2) Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr Emila Cyrana w Lublińcu
- 3) Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku
- 4) Szpital Psychiatryczny w Toszku
- 5) Psychiatryczny Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Międzybrodziu Bialskim

E. Jednostki rehabilitacyjne (5):

- 1) Wojewódzki Ośrodek Reumatologiczno-Rehabilitacyjny w Goczałkowicach Zdroju
- 2) Beskidzki Zespół Lecznico-Rehabilitacyjny Szpital Opieki Długoterminowej w Jaworzu
- 3) Górnośląskie Centrum Rehabilitacji „REPTY” im. gen. Jerzego Ziętka w Tarnowskich Górach
- 4) Śląski Szpital Reumatologiczno-Rehabilitacyjny w Ustroniu
- 5) Śląskie Centrum Rehabilitacji w Ustroniu

F. Jednostki leczenia odwykowego (2):

- 1) Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Gorzycach
- 2) Ośrodek Terapii Uzależnień od Alkoholu w Parzymiechach

F. Jednostki leczenia dla dzieci (6):

- 1) Wojewódzkie Centrum Pediatrii „KUBALONKA” w Istebnej
- 2) Dziecięcy Ośrodek Lecznico-Rehabilitacyjny „BUCZE” w Górkach Wielkich
- 3) Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju
- 4) Ośrodek Lecznico-Rehabilitacyjny dla Dzieci Kamieniec-Zbroslawice
- 5) Górnośląski Ośrodek Rehabilitacji dla Dzieci im. dr A. Szebesty w Rabce Zdroju
- 6) Ośrodek Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży w Orzeszu

II. Lecznictwo otwarte:

A. Pogotowia ratunkowe (2)

- 1) Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach
- 2) Rejonowe Pogotowie Ratunkowe w Sosnowcu

B. Poradnie specjalistyczne (5):

- 1) Wojewódzka Specjalistyczna Przychodnia Stomatologiczna w Katowicach
- 2) Wojewódzki Zespół Ochrony Zdrowia Matki, Dziecka i Młodzieży w Katowicach
- 3) Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach

- 4) Wojewódzki Zakład Opieki Zdrowotnej nad Matką, Dzieckiem i Młodzieżą w Częstochowie
- 5) Zakład Diagnostyki Obrazowej w Sosnowcu

C. Obwody lecznictwa kolejowego (5):

- 1) Obwód Lecznictwa Kolejowego w Bielsku-Białej
- 2) Obwód Lecznictwa Kolejowego w Gliwicach
- 3) Obwód Lecznictwa Kolejowego w Katowicach
- 4) Obwód Lecznictwa Kolejowego w Sosnowcu
- 5) Obwód Lecznictwa Kolejowego w Tarnowskich Górach

D. Inne jednostki (3):

- 1) Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Katowicach
- 2) Wojewódzkie Zakłady Ortopedyczne w Bytomiu
- 3) Zakłady Naprawcze Sprzętu Medycznego w Bytomiu (zakład budżetowy)

Potencjał wojewódzkich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej prezentują tabele 8 i 9.

Poniższe tabele przedstawiają również dynamikę zmian liczby łóżek i stanu zatrudnienia w tych jednostkach w latach 2006 – VI.2009.

Tabela 8

Liczba łóżek i etatów w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej,
dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie
w latach 2006 – VI.2009

Lp.	Wyszczególnienie	Lata				Dynamika (w %)		
		2006	2007	2008	VI.2009	2007/ 2006	2008/ 2007	VI.2009/ 2008
1	Liczba łóżek (szt.)	14 502	14 227	14 183	13 969	98,1	99,7	98,5
2	Liczba etatów (etat)	20 304	20 213	19 989	20 247	99,6	98,9	101,3

Źródło: opracowanie własne

Biorąc pod uwagę wszystkie jednostki ochrony zdrowia utworzone przez Samorząd Województwa Śląskiego zauważa się, że na koniec 2008 roku zatrudnienie w nich wynosiło 19 989 etatów i zmniejszyło się w porównaniu do 2007 roku o 224 etaty, tj. o 1,1%. Natomiast według stanu na koniec I półrocza 2009 roku zatrudnienie zwiększyło się do 20 247 etatów. Spowodowane to było w dużej mierze dostosowaniem wielkości zatrudnienia do wymagań kontraktowania świadczeń.

Od roku 2006 liczba łóżek w wojewódzkich samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej sukcesywnie spadała i na koniec I półrocza 2009 roku wyniosła 13 969 łóżek.

Szczegółowe dane dotyczące liczby łóżek i ich wykorzystania oraz stanu zatrudnienia w sp zoz, dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie przedstawia tabela 9.

Tabela 9

**Wykorzystanie łóżek i stan zatrudnienia w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie
(wg stanu na VI.2009r.)**

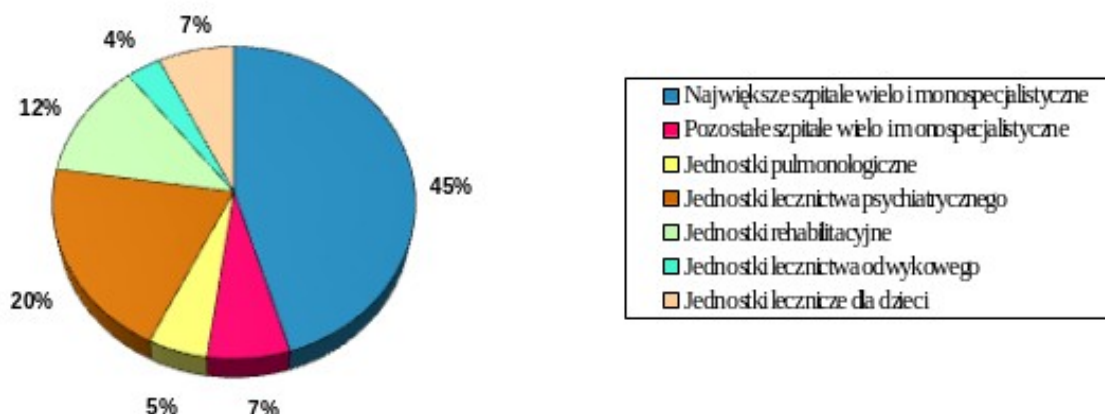
Lp.	Wyszczególnienie	Liczba łóżek (szt.)	Wykorzystanie łóżek (w %)	Zatrudnienie (w etatach)	Zatrudnienie na 1 łóżko (w etatach)
I.	LECZNICTWO ZAMKNIĘTE				
	Największe szpitale wielo i monospecjalistyczne	6 321		11 375,83	1,80
1	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu	688	77,00	1 493,73	2,17
2	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 3 w Rybniku	761	74,00	1 232,01	1,62
3	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. NMP w Częstochowie	595	79,10	1 248,21	2,10
4	Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	554	76,30	1 171,37	2,11
5	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu	650	79,50	1 174,89	1,81
6	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	586	89,10	1 022,26	1,74
7	Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	472	58,20	633,21	1,34
8	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 1 im. prof. J. Gasińskiego w Tychach	682	70,20	1 125,11	1,65
9	Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. dr J. Daaba w Piekarach Śląskich	384	85,00	667,75	1,74
10	Wojewódzki Szpital Zespolony im. prof. dr W. Orłowskiego w Częstochowie	476	71,20	705,58	1,48
11	Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Bytomiu	473	62,40	901,71	1,91
	Pozostałe szpitale wielo i monospecjalistyczne	963		1 520,80	1,58
1	Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	54	93,80	153,80	2,85
2	Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	170	79,10	211,92	1,25
3	Szpital Specjalistyczny w Zabrze	186	62,70	342,85	1,84
4	Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	166	57,50	298,80	1,80
5	Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	204	80,60	198,20	0,97
6	Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	65	99,40	117,13	1,80
7	Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	118	73,00	198,10	1,68
	Jednostki pulmonologiczne	697		639,61	0,92
1	Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	258	77,10	278,29	1,08
2	Szpital Chorób Płuc w Orzeszu	110	50,80	94,41	0,86
3	Szpital Chorób Płuc w Siewierzu	43	71,30	37,90	0,88
4	Szpital Chorób Płuc i Gruźlicy im. św. Józefa w Pilchowicach	129	54,90	70,71	0,55
5	Szpital Chorób Płuc im. A. Pawelca w Wodzisławiu Śląskim	121	72,40	94,75	0,78
6	Zakład Pulmonologii w Tarnowskich Górach	36	70,90	63,55	1,77
	Jednostki leczenia psychiatrycznego	2 807		2 168,39	0,77
1	Centrum Psychiatrii w Katowicach	295	92,40	215,23	0,73
2	Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr Emila Cyrańskiego w Lublińcu	749	93,00	526,69	0,70
3	Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	945	95,10	773,11	0,82

4	Szpital Psychiatryczny w Toszku	586	83,90	465,00	0,79
5	Psychiatryczny Zakład Opiekuńczo-Lecniczy w Międzybrodzu Bialskim	232	96,30	188,36	0,81
	Jednostki rehabilitacyjne	1 689		1 268,04	0,75
1	Wojewódzki Ośrodek Reumatologiczno-Rehabilitacyjny w Goczałkowicach Zdroju	526	84,70	324,65	0,62
2	Górnośląskie Centrum Rehabilitacji „REPTY” im. gen. Jerzego Ziętka w Tarnowskich Górach	560	93,10	519,87	0,93
3	Beskidzki Zespół Leczniczo-Rehabilitacyjny Szpital Opieki Długoterminowej w Jaworzu	190	88,90	108,05	0,57
4	Śląskie Centrum Rehabilitacji w Ustroniu	143	96,50	106,78	0,75
5	Śląski Szpital Reumatologiczno-Rehabilitacyjny w Ustroniu	270	78,50	208,69	0,77
	Jednostki leczenia odwykowego	463		332,98	0,72
1	Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo-Lecniczy w Gorzycach	345	99,60	251,78	0,73
2	Ośrodek Terapii Uzależnień od Alkoholu w Parzymiechach	118	99,50	81,20	0,69
	Jednostki leczenia dla dzieci	1 010		497,82	0,49
1	Dziecięcy Ośrodek Leczniczo-Rehabilitacyjny „BUCZE” w Górkach Wielkich	87	60,90	35,50	0,41
2	Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	70	88,00	70,25	1,00
3	Górnośląski Ośrodek Rehabilitacji dla Dzieci im. dr A. Szestey w Rabce Zdroju	372	62,10	174,57	0,47
4	Wojewódzkie Centrum Pediatrii „KUBALONKA” w Istebnej	295	47,60	140,25	0,48
5	Ośrodek Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży w Orzeszu	46	99,50	43,25	0,94
6	Ośrodek Leczniczo-Rehabilitacyjny dla Dzieci Kamieniec-Zdrojski	140	71,60	34,00	0,24
II.	LECZNICTWO OTWARTE				
	Jednostki pogotowia ratunkowego	-	-	1 664,35	-
1	Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach	-	-	1 226,78	-
2	Rejonowe Pogotowie Ratunkowe w Sosnowcu	-	-	437,57	-
	Jednostki poradni specjalistycznych	19	-	384,84	10,62
1	Zakład Diagnostyki Obrazowej w Sosnowcu	-	-	19,80	-
2	Wojewódzki Zakład Opieki Zdrowotnej nad Matką, Dzieckiem i Młodzieżą w Częstochowie	-	-	83,92	-
3	Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach	19	-	201,87	10,62
4	Wojewódzki Zespół Ochrony Zdrowia Matki, Dziecka i Młodzieży w Katowicach	-	-	50,25	-
5	Wojewódzka Specjalistyczna Przychodnia Stomatologiczna w Katowicach	-	-	29,00	-
	Jednostki obwodów leczenia kolejowego	-	-	280,90	-
1	Obwód Lecznictwa Kolejowego w Gliwicach	-	-	108,85	-
2	Obwód Lecznictwa Kolejowego w Katowicach	-	-	29,29	-
3	Obwód Lecznictwa Kolejowego w Sosnowcu	-	-	54,45	-
4	Obwód Lecznictwa Kolejowego w Tarnowskich Górach	-	-	33,06	-
5	Obwód Lecznictwa Kolejowego w Bielsku-Białej	-	-	55,25	-
	Inne jednostki	-	-	113,70	-
1	Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Katowicach	-	-	80,25	-
2	Wojewódzkie Zakłady Ortopedyczne w Bytomiu	-	-	33,45	-

Źródło: opracowanie własne

Wykres 1

**Struktura łóżek lecznictwa zamkniętego wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia
w I półroczu 2009r. (w%)**



Źródło: opracowanie własne

Działania restrukturyzacyjne jednostek ochrony zdrowia, dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie, zmierzać powinny do racjonalnego wykorzystania bazy łóżkowej przy optymalnym czasie pobytu pacjenta w szpitalu.

Dla podjęcia decyzji przekształceniowych zasadnicze znaczenie będzie miała indywidualna analiza wykorzystania łóżek danej specjalności przez poszczególne zakłady.

Wskaźnik ten należy jednak rozpatrywać w odniesieniu do danej specjalności. Przyjmuje się wartość pożądaną na poziomie 80%, z wyjątkiem kilku specjalności, m.in. pediatrii czy chorób zakaźnych.^{x/}

Wskaźnik wykorzystania łóżek na koniec 2008 roku wyniósł w Polsce średnio 69,9%, natomiast w województwie śląskim ukształtował się na poziomie:

- szpitale ogólne 70,4%,
- gruźlica i choroby płuc 69,3%,
- zakłady opieki psychiatrycznej (w tym zakłady odwykowe) 88,3%,
- oddziały rehabilitacyjne 87,2%.

Wskaźnik ten w poszczególnych grupach jednostek ochrony zdrowia, nadzorowanych przez Województwo Śląskie, w I półroczu 2009r. wynosił średnio:

- największe szpitale wielo i monospecjalistyczne 74,7%,
- pozostałe szpitale wielo i monospecjalistyczne 78,0%,
- jednostki pulmonologiczne 66,2%,
- jednostki lecznictwa psychiatrycznego 92,1%,
- jednostki rehabilitacyjne 88,3%,
- jednostki lecznictwa odwykowego 99,6%,
- jednostki lecznictwa dla dzieci 71,6%.

^{x/} „Wskaźniki do projektu tworzenia sieci szpitali z elementami analizy sytuacji demograficznej i stanu zdrowia ludności”, Materiał przygotowany dla ministra zdrowia przez Państwowy Zakład Higieny na podstawie baz danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia i Państwowego Zakładu Higieny dotyczących infrastruktury szpitali i ich działalności, Warszawa, grudzień 2006r.

6.2. Sytuacja finansowa wojewódzkich zakładów opieki zdrowotnej

Wyniki finansowe

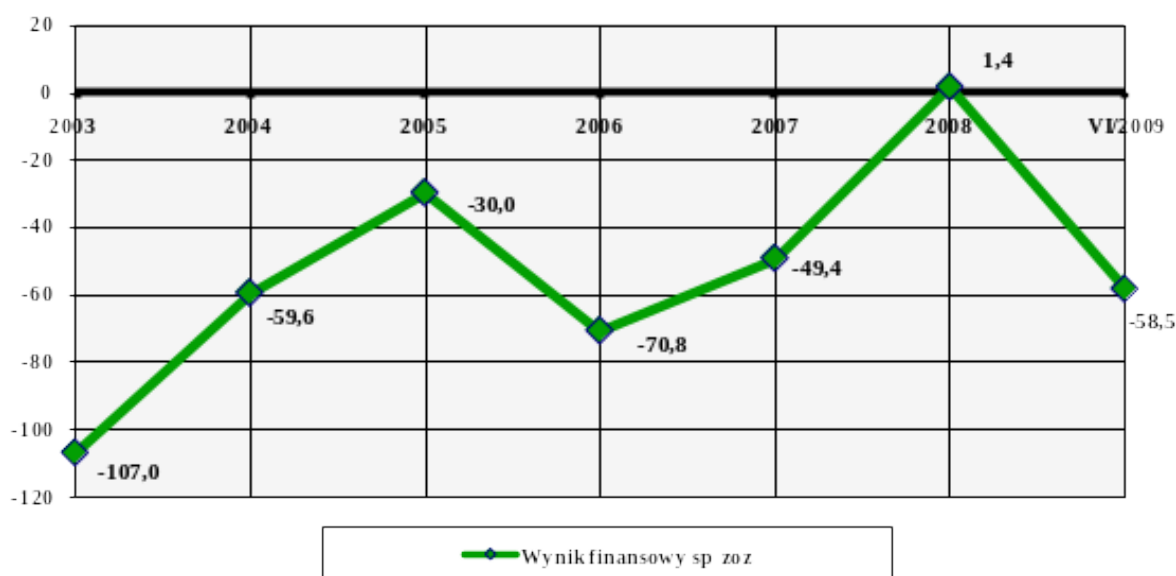
Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej zobowiązane są do samodzielnego pokrycia ujemnego wyniku finansowego. Mogą to zrobić jedynie z osiągniętych zysków, które w wielu przypadkach nie są możliwe do uzyskania, bez głębokiego przeprowadzenia restrukturyzacji wszystkich zasobów.

Istotnym elementem oceny sytuacji finansowej jednostek jest również poziom nierozliczonych strat z lat ubiegłych. Brak możliwości rozliczenia bieżących strat zwiększa poziom zobowiązań i wskazuje na problemy z płynnością finansową zakładów.

Wyniki finansowe jednostek ochrony zdrowia nadzorowanych przez Województwo Śląskie w latach 2003 – VI.2009 przedstawia wykres 2.

Wykres 2

Wynik finansowy samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie
w latach 2003-VI.2009 (w mln zł)



Źródło: opracowanie własne

Summaryczny wynik finansowy wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia uzyskany w latach 2003 – 2005, a następnie 2007 – 2008, wskazuje na poprawę ich kondycji finansowej. Szczególnie efektywny był rok 2008, który przyniósł zwiększenie przychodów samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w stosunku do roku ubiegłego o 22,8% - do kwoty 1 604,6 mln zł, a kosztów o 18,2%. Koszty ukształtowały się na poziomie 1 602,1 mln zł. Łączny wynik finansowy w 2008 roku to zysk w wysokości prawie 1,4 mln zł, natomiast w 2007 roku jednostki te odnotowały ujemny wynik finansowy w kwocie (-) 49,4 mln zł. W I półroczu 2009 roku obserwuje się pogorszenie sytuacji finansowej, czego wynikiem jest strata netto w wysokości (-) 58,5 mln zł.

W ocenie sytuacji finansowej jednostek należy również uwzględnić wysokość kosztów amortyzacji. Łączna ich kwota we wszystkich 56 sp zoz wyniosła w 2006 roku 89,5 mln zł, w 2007r – 85,9 mln zł, w 2008r – 94 mln zł, a na dzień 30 czerwca 2009r, ukształtowała się na

poziomie 52 mln zł. Tym samym w roku 2006 i 2007 koszt amortyzacji był wyższy od straty netto jednostek. W pierwszym półroczu 2009r, strata netto przekraczała poziom amortyzacji o 6,5 mln zł.

Tabela 10

Jednostki wojewódzkie osiągające zysk/stratę w latach 2006 – VI.2009

Lp.	Wyszczególnienie	Lata				Dynamika		
		2006	2007	2008	VI.2009	Dynamika 2007/2006 (w %)	2008/2007 (w %)	Dynamika VI.2009/2008 (w %)
1	Liczba jednostek	56	56	56	56	x	x	x
2	Zysk	23	30	38	26	130,4	126,7	68,4
3	Strata	33	26	18	30	78,8	69,2	166,7

Źródło: opracowanie własne

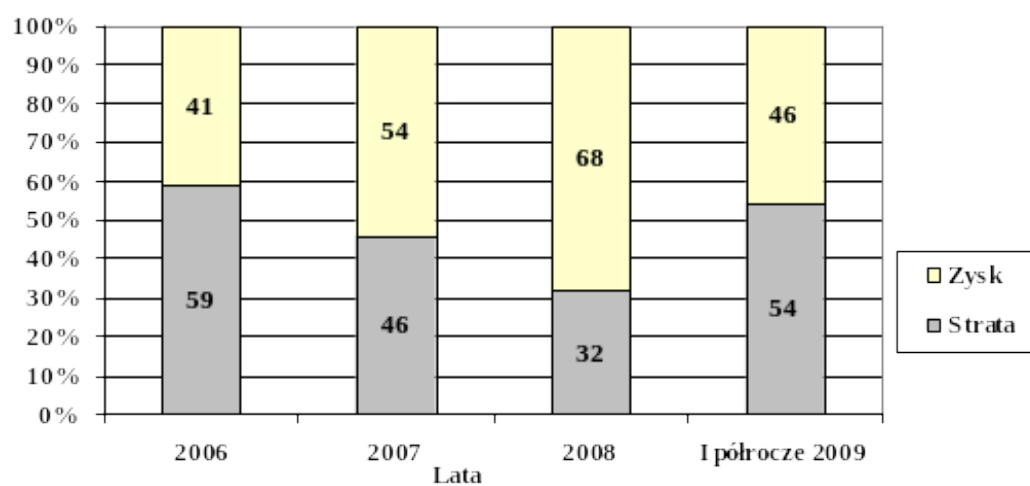
Analizując kształtowanie się wyniku finansowego samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie można zauważyć, iż w latach 2006 – 2008 wzrosła liczba jednostek osiągających dodatni wynik finansowy (z 23 do 38 jednostek). I półrocze 2009 roku wskazuje jednak na osłabienie kondycji ekonomicznej wojewódzkich jednostkach ochrony zdrowia, świadczy o tym spadek o 1/3 liczby jednostek odnotowujących zysk. Tym samym do 30 zwiększyła się liczba jednostek osiągających ujemny wynik finansowy.

Główną przyczyną pogarszającej się sytuacji finansowej wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia jest brak rozliczenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia kosztów leczenia pacjentów „ponadlimitowych”.

Strukturę wyników finansowych wojewódzkich sp zoz w latach 2006– VI.2009 przedstawia wykres 3.

Wykres 3

Struktura wyników finansowych wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia w latach 2006-VI.2009 (w %)



Źródło: opracowanie własne

Struktura zobowiązań

Wartość zobowiązań i rezerw na zobowiązania ogółem sp zoz, dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie przedstawia tabela 11.

Tabela 11

Struktura zobowiązań wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia w latach 2006 – VI.2009 (w mln zł)

Lp	Wyszczególnienie	Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania w mln zł					
		Ogółem	w tym:				Rozliczenia międzyokresowe
			Rezerwy na zobowiązania	Zobowiązania długoterminowe	Zobowiązania krótkoterminowe		
					Ogółem	w tym: zobowiązania wymagalne	
1	2006	469,7	25,3	88,5	339,9	108,2	16,0
2	2007	447,3	26,8	67,8	349,4	122,8	3,3
3	2008	506,6	81,6	69,9	350,2	99,3	4,9
4	VI.2009	539,5	82,8	58,5	389,0	111,4	9,2
5	Dynamika 2007/2006 (%)	95,2	106,0	76,5	102,8	113,5	21,1
6	Dynamika 2008/2007 (%)	113,3	304,3	103,2	100,2	80,9	145,3
7	Dynamika VI.2009/2008 (%)	106,5	101,5	83,6	111,1	112,1	189,9

Źródło: opracowanie własne

Z dokonanej analizy wynika, że w 2008r. zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez Samorząd Województwa Śląskiego odnotowały wzrost zobowiązań ogółem o 13,3%, w stosunku do roku poprzedniego, z tego wzrosły:

- rezerwy na zobowiązania o 204, 3%,^{x/}
- zobowiązania długoterminowe o 3,2%,
- zobowiązania krótkoterminowe o 0,2%,
- rozliczenia międzyokresowe o 45,3%.

Ogólna tendencja wzrostowa (o 6,5%), pomimo spadku zobowiązań długoterminowych (o 16,4%) utrzymała się również w I połowie 2009r. W tym czasie zobowiązania krótkoterminowe wzrosły o 11%.

W analizowanym okresie najniższy poziom zobowiązań wymagalnych wystąpił w 2008r. Jednak pierwsze półrocze 2009r. przyniosło przyrost długu o 12,1%.

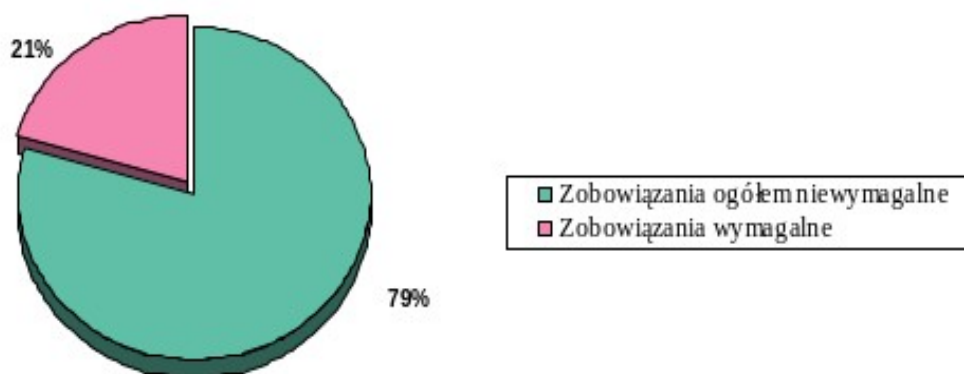
Zobowiązania przeterminowane w 56 wojewódzkich sp zoz na przełomie lat 2007–2008 uległy zmniejszeniu i na koniec 2008 roku zamknęły się kwotą 99,3 mln zł.

W pierwszym półroczu 2009 roku zanotowano wzrost tych zobowiązań do kwoty 111,4 mln zł. Ich udział w ogólnej kwocie zobowiązań na koniec czerwca 2009 r. obrazuje wykres 4.

^{x/} Tak znaczący przyrost poziomu rezerw w 2008r. był wynikiem naliczenia rezerw na zobowiązania pracownicze przez jednostki, które do tej pory takich rezerw nie tworzyły bądź tworzyły je w niższej, niż wymagana, wysokości

Wykres 4

**Udział zobowiązań wymagalnych w zobowiązaniach ogółem
w I półroczu 2009r. (w%)**



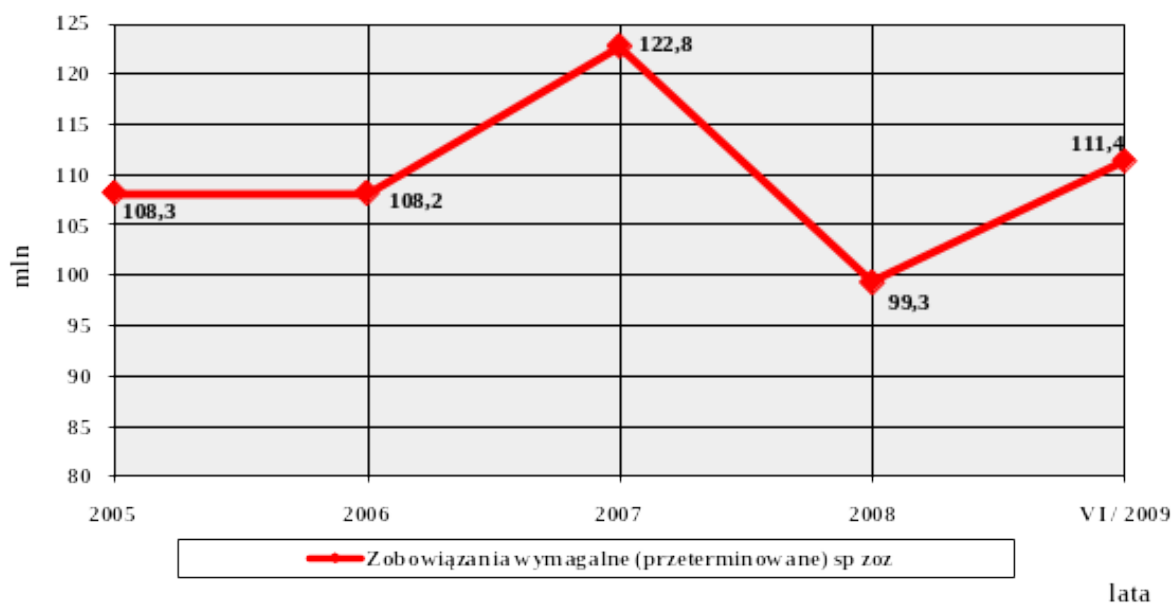
Źródło: opracowanie własne

Zobowiązania przeterminowane w strukturze zobowiązań ogółem wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia stanowią 21%. Zobowiązania niewymagalne to 79% zobowiązań ogółem wszystkich jednostek.

Wielkość zobowiązań wymagalnych na przestrzeni lat 2005 – VI.2009 przedstawia wykres 5.

Wykres 5

**Zobowiązania wymagalne wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia
w latach 2005 – VI.2009 (w mln zł)**



Źródło: opracowanie własne

Wykres obrazuje omówione wyżej kształtowanie się wielkości zobowiązań wymagalnych. Uwzględnia ponadto rok 2005, w którym kwota zobowiązań przeterminowanych była niemal identyczna jak w 2006r.

Wskaźniki płynności finansowej

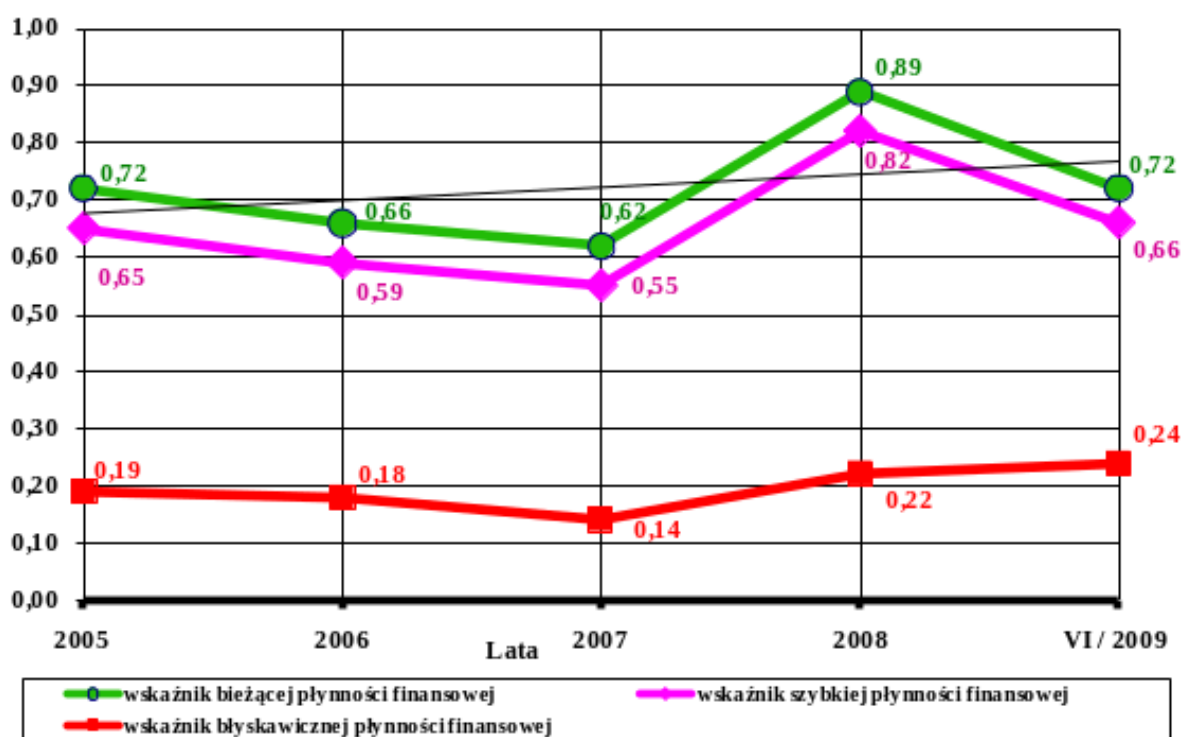
Analiza płynności finansowej jest niezbędnym narzędziem do podejmowania właściwych decyzji w systemie zarządzania jednostką. Powinna dawać odpowiedź na pytania: o zdolność jednostki do regulowania na bieżąco swoich zobowiązań, o koszty karnych odsetek z tytułu nieterminowego regulowania zobowiązań oraz o prawdopodobieństwie zagrożenia likwidacją z powodu niemożności wywiązywania się ze swoich zobowiązań.

Jednostka musi posiadać tyle środków finansowych, aby móc spłacać zaciągnięte zobowiązania. Nieekonomicznym byłoby również utrzymywanie środków pieniężnych w ilości pokrywającej wszystkie zobowiązania bez względu na termin ich zapadalności. Płynność wiąże się, więc z takim zarządzaniem, zarówno wpływami pieniędzy, jak i wydatkami, które umożliwia spłacanie zobowiązań w terminie.

Poziom kształtowania się wskaźników płynności finansowej w lecznictwie zamkniętym wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia w latach 2005-VI.2009 obrazuje wykres 6.

Wykres 6

Wskaźniki płynności finansowej^{x/} w lecznictwie zamkniętym wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia w latach 2005 – VI.2009



Źródło: opracowanie własne

^{x/} **Wskaźnik bieżącej płynności finansowej** informuje o zdolności jednostki do regulowania zobowiązań w oparciu o aktywa obrotowe (wskaźnik odpowiada na pytanie, czy podmiot byłby w stanie spłacić zaciągnięte zobowiązanie w przypadku ich szybkiej wymagalności, zamieniając posiadany majątek obrotowy na gotówkę bez znacznych strat). Przyjmuje się, że wskaźnik ten powinien zawierać się w przedziale 1,6 – 2;

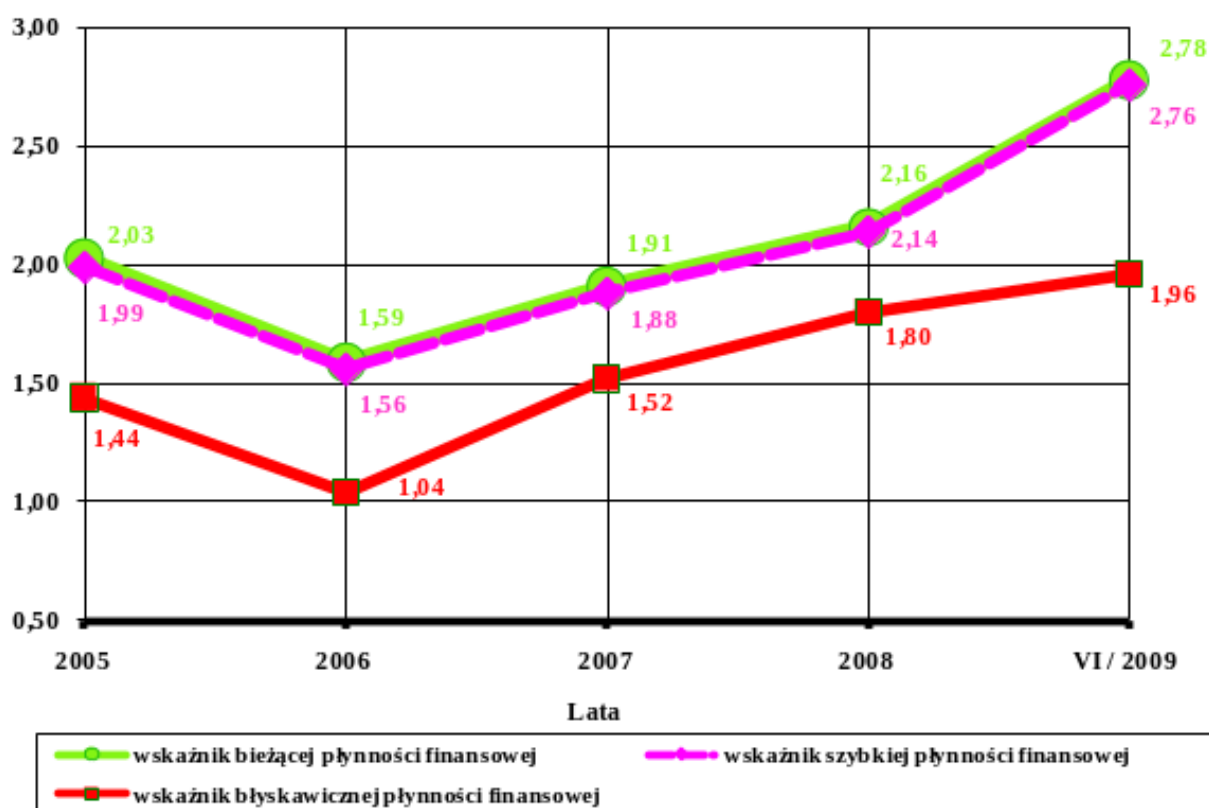
Wskaźnik szybkiej płynności finansowej ukazuje pokrycie zobowiązań krótkoterminowych aktywami o wysokiej płynności. Pożądana jego wielkość mieści się w przedziale 1 – 1,2, co oznacza, że zakład może bez trudu spłacać swoje zobowiązania. Niski poziom tego wskaźnika świadczy zazwyczaj o napiętej sytuacji płatniczej;

Wskaźnik błyskawicznej płynności finansowej (wskaźnik płynności gotówkowej) informuje, jaka część zobowiązań bieżących mogłaby być uregulowana od ręki, tj. jaki procent zobowiązań bieżących zakładu możemy uregulować natychmiast za pomocą posiadanych środków pieniężnych. Parametr ten stosowany jest jako uzupełnienie dwóch prezentowanych powyżej wskaźników. Nie przesądza on o zdolności wywiązywania się ze zobowiązań, lecz jedynie sygnalizuje potencjalną sprawność płatniczą jednostki. Przyjmuje się za wystarczający poziom wskaźnika 0,3 (za najbardziej odpowiedni uznaje się wartość 0,5)

W jednostkach lecznictwa zamkniętego w 2008 roku w porównaniu do roku 2007 nastąpił wzrost poziomu płynności, jednak wskaźniki płynności pozostały wciąż na poziomie niezapewniającym krótkoterminowej wypłacalności zakładów. Na koniec czerwca 2009r. wskaźniki: bieżącej i szybkiej płynności finansowej uległy obniżeniu o 19% i ukształtowały się na poziomie niższym niż w roku 2008. W tym samym okresie wskaźnik błyskawiczny płynności wzrósł o 9% i uplasował się na poziomie 0,24 (poniżej poziomu uznawanego za wystarczający).

Wykres 7

Wskaźniki płynności finansowej w lecznictwie otwartym wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia w latach 2005 – VI.2009



Źródło: opracowanie własne

Odmienne, w porównaniu z lecznictwem zamkniętym, kształtuje się poziom płynności finansowej w jednostkach lecznictwa otwartego. Wszystkie wskaźniki płynności osiągają tu poziom wyższy niż powszechnie uznawany za dobry. Na koniec 2008 roku wskaźnik bieżącej płynności finansowej w jednostkach lecznictwa otwartego wynosił 2,16, wskaźnik szybkiej płynności finansowej wynosił 2,14, natomiast wskaźnik błyskawiczny płynności finansowej ukształtował się na poziomie 1,80. Na dzień 30.06.2009r. wskaźniki: bieżącej i szybkiej płynności finansowej uległy niewielkiej poprawie w stosunku do końca 2008 roku i wyniosły kolejno 2,78 i 2,76. W jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego wskaźnik błyskawiczny płynności finansowej utrzymuje się na wysokim poziomie przekraczającym wartość uznawaną za bardzo dobrą i od 2006 roku wykazuje tendencję wzrostową.

6.3. Obszary problemowe i bariery rozwoju wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia

Jednostki ochrony zdrowia dotyka wiele problemów, są to:

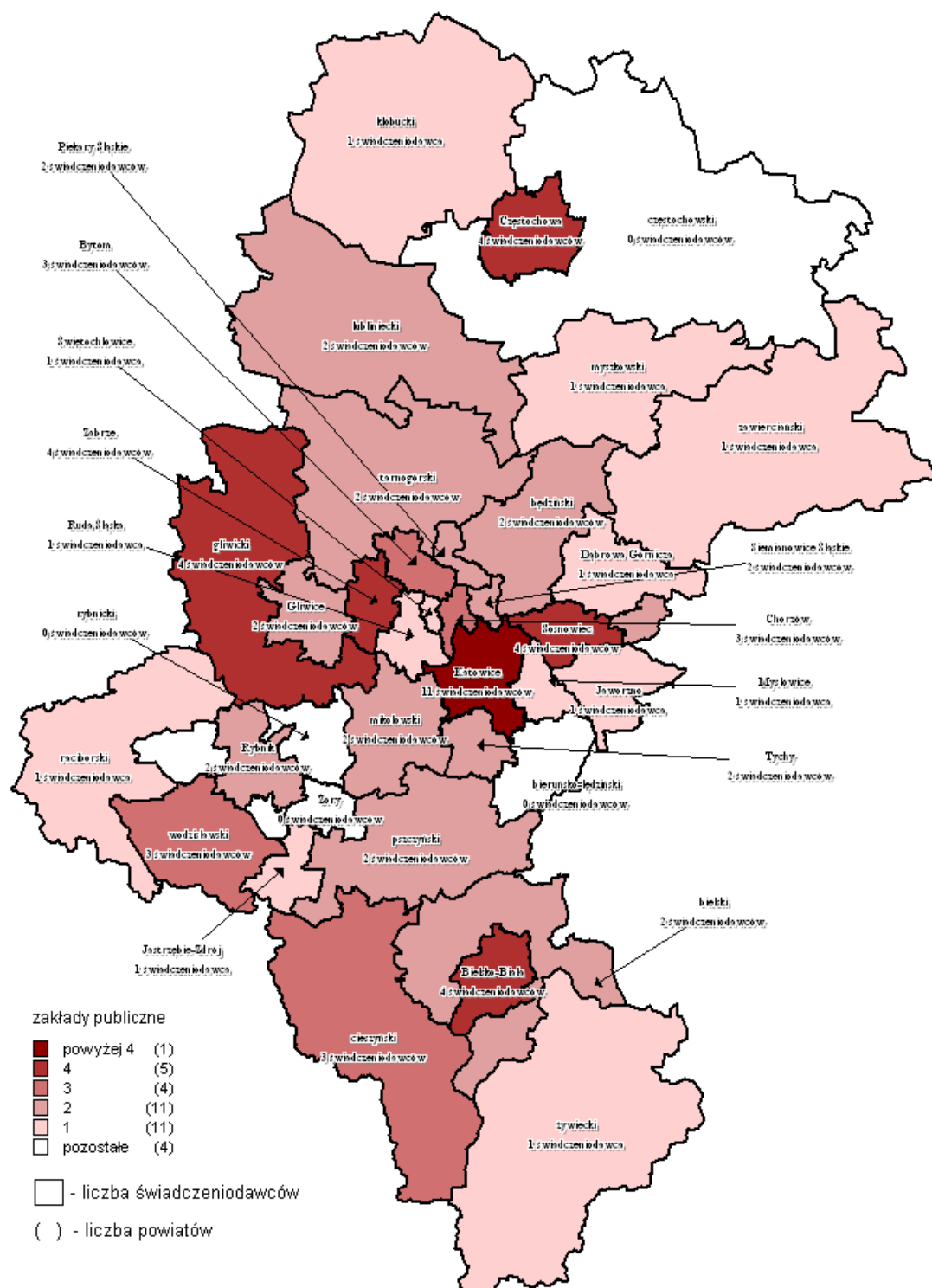
- brak odpowiedniego finansowania zakładów, w szczególności przez Narodowy Fundusz Zdrowia, co powoduje brak równowagi finansowej - stały niedobór środków finansowych, który jest podstawową przyczyną narastania zadłużenia (patrz dane prezentowane powyżej),
- potrzeba modernizacji infrastruktury ochrony zdrowia, co wiąże się z koniecznością znaczących inwestycji w wyposażenie (sprzęt medyczny) oraz w nieruchomości zakładów opieki zdrowotnej, z uwagi na wymogi:
 - o wynikające z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim pod względem fachowym i sanitarnym powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej,
 - o stawiane w rozporządzeniach wykonawczych Ministra Zdrowia do tzw. ustawy „koszykowej”, określające wymagane warunki realizacji świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, w poszczególnych rodzajach i zakresach. (jakiegokolwiek niespełnienie wymogów w nich zapisanych skutkuje bezpośrednią niemożnością udzielania świadczeń zdrowotnych w danym zakresie w 2010 roku),
- ograniczona dostępność do lekarzy specjalistów, brak lekarzy określonych specjalności, co powoduje długi czas oczekiwania na specjalistyczne świadczenia medyczne oraz może stwarzać poważną barierę w spełnieniu warunków realizacji świadczeń zdrowotnych, wymaganych przepisami ww. rozporządzeń Ministra Zdrowia,
- znaczna liczba szpitali działających na terenie województwa śląskiego prowadzonych przez różne jednostki samorządu terytorialnego, co utrudnia całościowe spojrzenie na problematykę zabezpieczenia medycznego w skali całego województwa,
- nieuregulowana sytuacja własnościowa części nieruchomości zajmowanych przez zakłady,
- sposób zarządzania jednostkami na relatywnie niskim poziomie, wyrażający się brakiem stosowania dobrych praktyk zarządczych i niewypełnianiem obowiązujących przepisów,
- nieodpowiednia struktura łóżek na poziomie stacjonarnej opieki zdrowotnej - nadmierna ilość łóżek krótkoterminowych w przypadku niektórych specjalności medycznych jednocześnie znacząco niewystarczająca ilość łóżek długoterminowych,
- regionalna asymetria w dostępie do świadczeń specjalistycznych i wysokospecjalistycznych^{x/},
- nierównomierna lokalizacja jednostek opieki szpitalnej – rozmieszczenie na terenie województwa śląskiego zakładów opieki zdrowotnej udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego – hospitalizacji^{xx/} obrazują mapy od 3 do 5.

Skutkiem tego jest niewystarczające zaspokojenie potrzeb zdrowotnych obywateli, niskie i malejące wykorzystanie łóżek, zbyt długie okresy (średni czas) hospitalizacji pacjentów, i niezadowolenie społeczne, a faktycznie brak zapewnienia właściwego, adekwatnego do możliwości zasobowych systemu, poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

x/ Słowniczek terminów i pojęć

*xx/ **Hospitalizacja** - całodobowe udzielanie świadczeń gwarantowanych w trybie planowym oraz nagłym, obejmujące proces diagnostyczny - terapeutyczny trwający od chwili przyjęcia pacjenta na oddział szpitalny do momentu jego wypisu lub zgonu. Świadczeniodawca udzielający świadczeń w ramach hospitalizacji zapewnia całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską we wszystkie dni tygodnia. W zakresie koniecznym świadczeniodawca zapewnia nieodpłatnie badania diagnostyczne, leki i wyroby medyczne oraz środki pomocnicze, a także w określonych przypadkach przejazd środkami transportu sanitarnego (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego /Dz. U. z 2009r., Nr 140, poz. 1143/ - rozporządzenie wykonawcze do tzw. „ustawy koszykowej”)*

Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej
Leczenie szpitalne - Hospitalizacja
Liczba świadczeniodawców wg powiatów
Stan na dzień 2 listopada 2009 r.



Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia Śląski Oddział Wojewódzki w Katowicach



Problemem Województwa Śląskiego, jako organu założycielskiego dla 56 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej jest ich duża liczebność, trudna sytuacja finansowa wielu z nich, brak efektywnego zarządzania, zwłaszcza w lecznictwie zamkniętym oraz angażowanie swoich zasobów finansowych i organizacyjnych w prowadzenie jednostek nieposiadających znaczenia strategicznego. Tak duża liczba jednostek utrudnia sprawowanie nad nimi należytego nadzoru. W niektórych miastach Samorząd Województwa jest organem założycielskim dla dwóch i większej liczby zakładów, co powinno stwarzać pole do racjonalizacji ich struktur organizacyjnych. Czynnikiem utrudniającym przezwyciężenie barier w dążeniu do osiągnięcia celu restrukturyzacji są trudności w pozyskaniu środków finansowych (kredytów, pożyczek, dotacji) niezbędnych dla realizacji programów restrukturacyjnych oraz brak jasno określonej polityki zdrowotnej państwa.

Analiza problemu zadłużenia wskazuje, iż część szpitali niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, (również na szczeblu regionalnym) znajduje się w sytuacji finansowej, która uniemożliwia zastosowanie skutecznej restrukturyzacji finansowej. W przypadku tych szpitali niemożność osiągnięcia równowagi finansowej powoduje bardzo wysoki poziom zadłużenia. Z uwagi na zadania, które realizują (w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, prowadzenia badań naukowych oraz kształcenia kadry medycznej) ich funkcjonowanie w systemie ochrony zdrowia jest niezbędne.

Niekorzystna sytuacja finansowa wielu jednostek, zwłaszcza strategicznych, nie pozwala na odtwarzanie majątku, co związane jest z potrzebą ponoszenia wysokich nakładów na zakup aparatury i sprzętu medycznego, na infrastrukturę techniczną, w tym na renowację budynków. Dostosowanie zakładów opieki zdrowotnej do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim pod względem fachowym i sanitarnym powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia zoz według informacji zawartych w planach strategicznych jednostek wymaga poniesienia do końca 2012r. nakładów w wysokości 1 944 mln zł.^{x/}

Tabela 12

Nakłady niezbędne do poniesienia na dostosowanie infrastruktury 56 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których Województwo Śląskie jest organem założycielskim (w mln zł)
prognoza stan na IX.2009r.

Lp.	Wyszczególnienie	Lata				
		2009	2010	2011	2012	Razem 2009-2012
1	Nakłady finansowe sp zoz ogółem w tym:	394,77	569,27	544,34	435,73	1 944,11
2	Lecznictwo zamknięte	364,51	544,74	529,77	426,93	1 865,95
3	Lecznictwo otwarte	30,26	24,53	14,57	8,80	78,16

Źródło: opracowanie własne

Analiza niezbędnych nakładów finansowych potrzebnych do poniesienia przez wojewódzkie sp zoz wykazuje, że zakłady nie są w stanie samodzielnie wygospodarować tak wysokich środków na dostosowanie infrastruktury zdrowotnej.

x/ Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wymagań, jakim pod względem fachowym i sanitarnym powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej wydłuża termin dostosowania zakładów opieki zdrowotnej do 2015 roku.

Należy stwierdzić, że Województwo Śląskie również nie dysponuje możliwościami finansowymi, by dostosować do wymogów fachowych i sanitarnych wszystkie 56 jednostek ochrony zdrowia. Rozmiary procesu restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie będą uwarunkowane również możliwościami przejęcia zobowiązań przekształcanych zakładów przez Samorząd Województwa.

Szacunek wielkości środków finansowych potrzebnych do realizacji procesu restrukturyzacji (pokrycia zobowiązań) wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia przedstawia tabela 13.

Należy podkreślić, iż koszty te są niezbędne do poniesienia przez organ założycielski zarówno w przypadku przekształcenia zakładu w spółkę prawa handlowego (pracowniczą czy ze 100 % udziałem Województwa), jak również w przypadku ewentualnej likwidacji jednostki z uwagi na jej niewypłacalność, a tym samym niemożność dalszego świadczenia usług zdrowotnych. Przesądza to więc o konieczności sukcesywnego podejmowania działań restrukturyzacyjnych.

Tabela 13

Zapotrzebowanie na środki finansowe do realizacji procesu przekształceń wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia (w tys. zł) – prognoza stan na VI.2009r.

Lp.	Jednostka	Zapotrzebowanie na środki finansowe do realizacji procesu przekształceń (w tys. zł)					
		poziom max.	poziom max. w przelicz. na 1 łóżko	poziom min. I	poziom min. I w przelicz. na 1 łóżko	poziom min. II	poziom min. II w przelicz. na 1 łóżko
I.	LECZNICTWO ZAMKNIĘTE	499 507,79	35,92	349 063,04	25,10	318 088,23	22,87
	Największe szpitale	374 304,90	59,22	266 456,67	42,15	256 829,56	40,63
1	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. NMP w Częstochowie*/	64 419,82	108,27	55 435,80	93,17	54 179,08	91,06
2	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 w Sosnowcu	60 355,95	87,73	47 924,98	69,66	47 356,46	68,83
3	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	40 591,09	69,27	34 058,66	58,12	33 855,90	57,77
4	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu	42 463,65	65,33	23 352,93	35,93	19 141,35	29,45
5	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 3 w Rybniku	43 163,01	56,72	33 327,67	43,79	32 775,98	43,07
6	Wojewódzki Szpital Zespolony w Częstochowie*/	26 642,49	55,97	23 416,44	49,19	20 317,40	42,68
7	Szpital Wojewódzki w Bielsku Białej	28 681,36	51,77	15 287,94	27,60	14 631,98	26,41
8	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 1 w Ty-chach	30 222,00	44,31	24 421,22	35,81	24 307,73	35,64
9	Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich	16 501,48	42,97	8 938,69	23,28	8 281,60	21,57
10	Szpital im. Leszczyńskiego w Katowicach	10 011,99	21,21	0,00	0,00	0,00	0,00
11	Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Bytomiu	11 252,06	23,79	6 817,88	14,41	1 982,07	4,19
	Pozostałe szpitale mono i wielospecjalistyczne	34 331,89	35,65	21 499,71	23,39	15 454,60	16,82
1	Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	2 016,85	37,35	643,52	11,92	0,00	0,00

*/ jednostka nie utworzyła rezerw na zobowiązania pracownicze

2	Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	8 448,13	50,89	6 485,26	39,07	6 319,17	38,07
3	Szpital Specjalistyczny Chorzowie	6 982,04	41,07	4 324,04	25,44	2 806,09	16,51
4	Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	2 531,41	38,94	2 004,05	30,83	2 001,55	30,79
5	Centrum Pediatrii w Sosnowcu	4 633,35	39,27	2 711,05	22,98	1 898,22	16,09
6	Szpital Specjalistyczny w Zabrze	5 955,84	32,02	2 879,53	15,48	0,00	0,00
7	Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	3 764,27	18,45	2 452,25	12,02	2 429,58	11,91
	Jednostki pulmonologiczne	17 455,33	25,04	12 363,76	17,74	11 624,94	16,68
1	Szpital Chorób Płuc w Siewierzu	413,11	9,61	194,78	4,53	157,04	3,65
2	Zakład Pulmonologii w Tarnowskich Górach	582,80	16,19	30,86	0,86	0,00	0,00
3	Szpital Chorób Płuc i Gruźlicy w Pilchowicach	1 139,28	8,83	580,70	4,50	189,06	1,47
4	Szpital Chorób Płuc w Orzeszu	957,17	8,70	569,69	5,18	569,69	5,18
5	Wojewódzki Szpital Chorób Płuc w Wodzisławiu Śląskim	4 264,81	35,25	3 552,23	29,36	3 500,80	28,93
6	Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	10 098,17	39,14	7 435,49	28,82	7 208,35	27,94
	Jednostki leczenia psychiatrycznego	36 363,88	12,95	22 811,68	8,13	16 796,93	5,98
1	Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	15 198,32	16,08	11 390,52	12,05	8 557,59	9,06
2	Centrum Psychiatrii w Katowicach	3 959,04	13,42	2 643,60	8,96	2 621,98	8,89
3	Szpital Psychiatryczny w Toszku	6 558,01	11,19	2 775,63	4,74	1 732,69	2,96
4	Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny w Lublińcu	8 124,06	10,85	4 306,80	5,75	2 340,96	3,13
5	Psychiatryczny Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Międzybrodzu Bialskim	2 524,45	10,88	1 695,13	7,31	1 543,70	6,65
	Jednostki rehabilitacyjne	19 774,19	11,71	12 456,00	7,37	7 989,19	4,73
1	Wojewódzki Ośrodek Reumatologiczno-Rehabilitacyjny w Goczałkowicach	6 798,19	12,92	5 638,27	10,72	5 344,22	10,16
2	Górnos Śląskie Centrum Rehabilitacji "Repty" w Tarnowskich Górach	6 552,43	11,70	3 482,86	6,22	1 503,83	2,69
3	Beskidzki Zespół Lecznico-Rehabilitacyjny w Jaworzu	1 604,44	8,44	1 045,34	5,50	39,39	0,21
4	Śląskie Centrum Rehabilitacji w Ustroniu	2 265,83	15,84	1 622,14	11,34	1 101,75	7,70
5	Śląski Szpital Reumatologiczno-Rehabilitacyjny w Ustroniu	2 553,29	9,46	667,39	2,47	0,00	0,00
	Jednostki leczenia odwykowego	3 809,59	8,23	2 232,22	4,82	0,00	0,00
1	Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Gorzycach	2 932,35	8,50	1 845,96	5,35	0,00	0,00
2	Ośrodek Terapii Uzależnień od Alkoholu w Parzyniechach	877,24	7,43	386,26	3,27	0,00	0,00
	Jednostki leczenia dla dzieci	13 468,00	13,33	11 243,00	11,13	9 393,00	9,30

1	Wojewódzkie Centrum Pediatrii "Kubalonka" w Istebnej	4 543,51	15,40	3 858,72	13,08	3 440,05	11,66
2	Górnośląski Ośrodek Rehabilitacji Dzieci w Rabce Zdroju	7 176,46	19,29	6 743,02	18,13	5 952,95	16,00
3	Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	597,09	8,53	219,01	3,13	0,00	0,00
4	Ośrodek Leczniczo-Rehabilitacyjny dla Dzieci w Kamieńcu-Zbroslawicach	656,60	4,69	250,79	1,79	0,00	0,00
5	Ośrodek Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży w Orzeszu	212,95	4,63	45,06	0,98	0,00	0,00
6	Dziecięcy Ośrodek Leczniczo-Rehabilitacyjny "Bucze" w Górkach Wielkich	281,39	3,23	126,39	1,45	0,00	0,00
II.	LECZNICTWO OTWARTE	39 972,79	x	20 841,85	x	3 774,12	x
	Jednostki pogotowia ratunkowego	24 136,94	x	11 253,53	x	0,00	x
1	Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach	18 960,07	x	9 181,09	x	0,00	x
2	Rejonowe Pogotowie Ratunkowe w Sosnowcu	5 176,86	x	2 072,44	x	0,00	x
	Jednostki poradni specjalistycznych	8 177,77	x	4 262,29	x	607,51	x
1	Wojewódzka Specjalistyczna Przychodnia Stomatologiczna w Katowicach	70,12	x	0,00	x	0,00	x
2	Wojewódzki Zespół Ochrony Zdrowia Matki, Dziecka i Młodzieży w Katowicach	719,17	x	192,46	x	0,00	x
3	Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach	5 179,30	x	3 410,71	x	0,00	x
4	Wojewódzki Zakład Opieki nad Matką, Dzieckiem i Młodzieżą w Częstochowie	1 790,45	x	1 304,62	x	607,51	x
5	Zakład Diagnostyki Obrazowej w Sosnowcu	418,74	x	0,00	x	0,00	x
	Jednostki obwodów leczenia kolejowego	6 600,19	x	4 968,27	x	3 166,61	x
1	Obwód Lecznictwa Kolejowego w Gliwicach	1 383,28	x	636,59	x	0,00	x
2	Obwód Lecznictwa Kolejowego w Katowicach	2 432,29	x	2 244,84	x	1 911,22	x
3	Obwód Lecznictwa Kolejowego w Sosnowcu	1 363,40	x	1 116,60	x	1 033,88	x
4	Obwód Lecznictwa Kolejowego w Tarnowskich Górach	907,93	x	726,68	x	197,06	x
5	Obwód Lecznictwa Kolejowego w Bielsku-Białej	513,29	x	243,57	x	24,46	x
	Inne jednostki	1 057,89	x	357,77	x	0,00	x
1	Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Katowicach	871,88	x	353,63	x	0,00	x
2	Wojewódzkie Zakłady Ortopedyczne w Bytomiu	186,01	x	4,14	x	0,00	x
III	OGÓŁEM I i II	539 480,58	35,92	369 904,89	25,10	321 862,35	40,63

Źródło: opracowanie własne

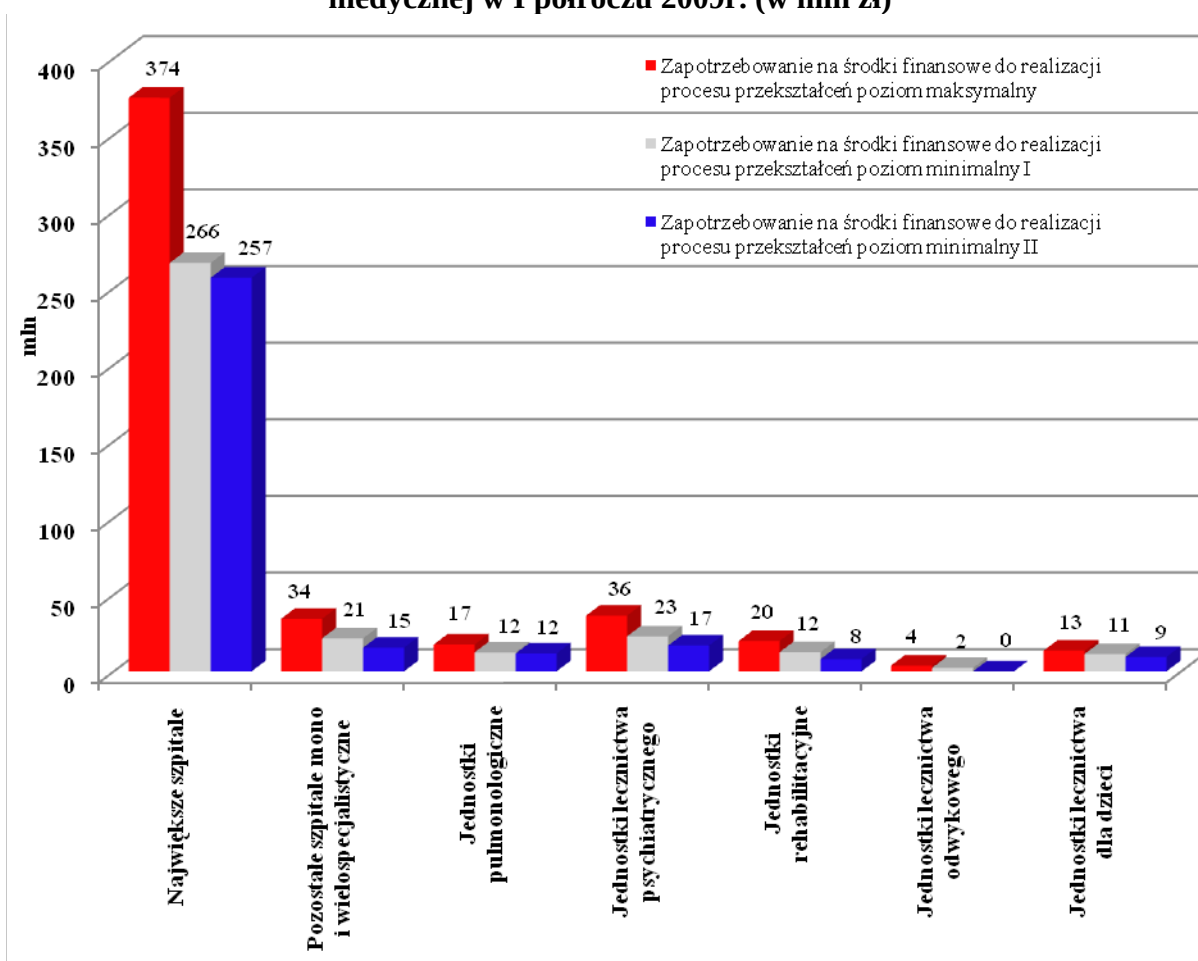
Wielkość środków finansowych niezbędnych do realizacji procesu przekształceń w zakładach utworzonych przez Województwo Śląskie oszacowana została według stanu na dzień 30.06.2009r. na trzech poziomach:

- maksymalnym (zobowiązania plus rezerwy na zobowiązania),
- minimalnym I (zobowiązania plus rezerwy na zobowiązania minus należności),
- minimalnym II (zobowiązania plus rezerwy na zobowiązania minus należności i środki pieniężne).

Wielkość zapotrzebowania na te środki w poszczególnych grupach działalności medycznej jednostek leczenia zamkniętego przedstawia wykres 8.

Wykres 8

Zapotrzebowanie na środki finansowe niezbędne do realizacji procesu przekształceń wojewódzkich jednostek leczenia zamkniętego z podziałem na grupy działalności medycznej w I półroczu 2009r. (w mln zł)



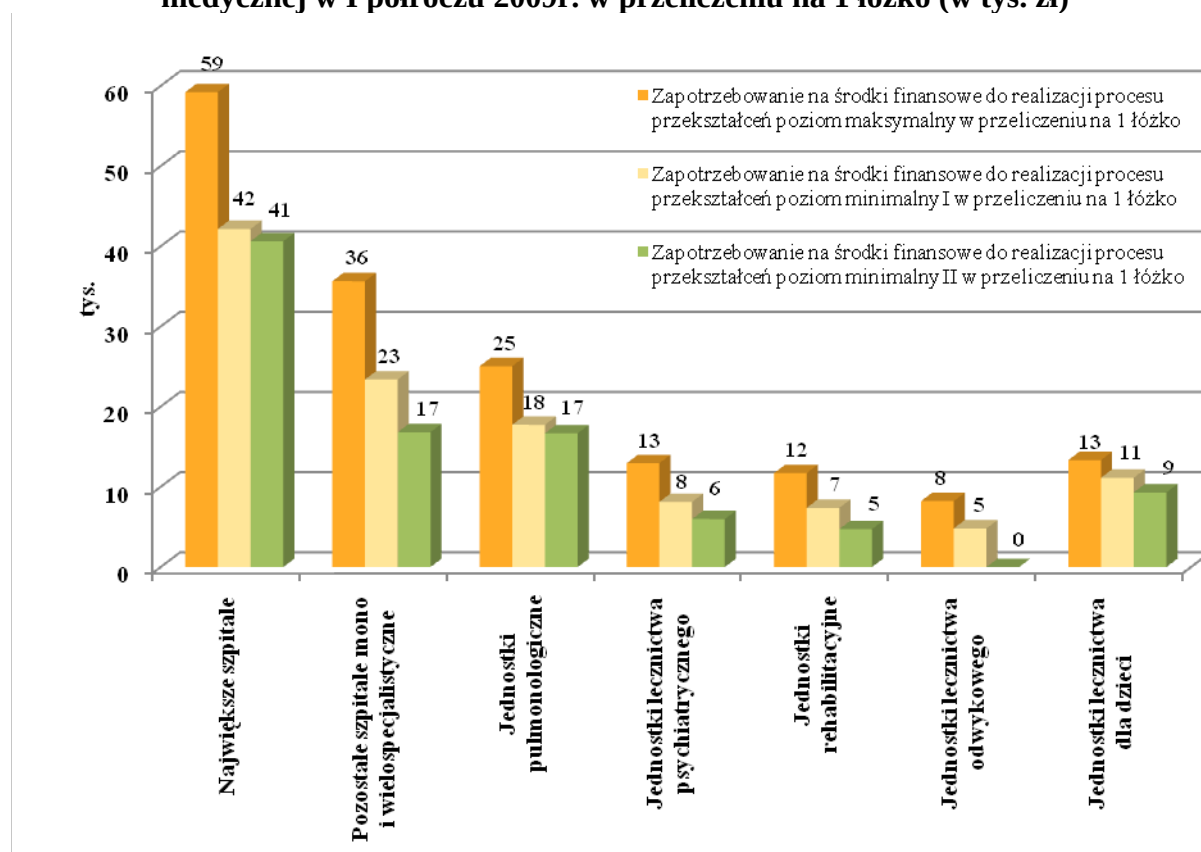
Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z przedstawionych danych największą część szacowanych nakładów pochłonie proces przekształceń 11 największych szpitali wielo i monospecjalistycznych. Pozostałe grupy jednostek wymagają zaangażowania znacznie mniejszych środków finansowych.

Zapotrzebowania na środki finansowe niezbędne do realizacji procesu przekształceń wojewódzkich jednostek lecznictwa zamkniętego z podziałem na grupy działalności medycznej w przeliczeniu na 1 łóżko przedstawia wykres 9.

Wykres 9

Zapotrzebowanie na środki finansowe niezbędne do realizacji procesu przekształceń wojewódzkich jednostek lecznictwa zamkniętego z podziałem na grupy działalności medycznej w I półroczu 2009r. w przeliczeniu na 1 łóżko (w tys. zł)



Źródło: opracowanie własne

W świetle przepisów art. 60 ust. 6 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007r., Nr 14, poz. 89, z późn. zm.) zobowiązania i należności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami właściwej jednostki samorządu terytorialnego.

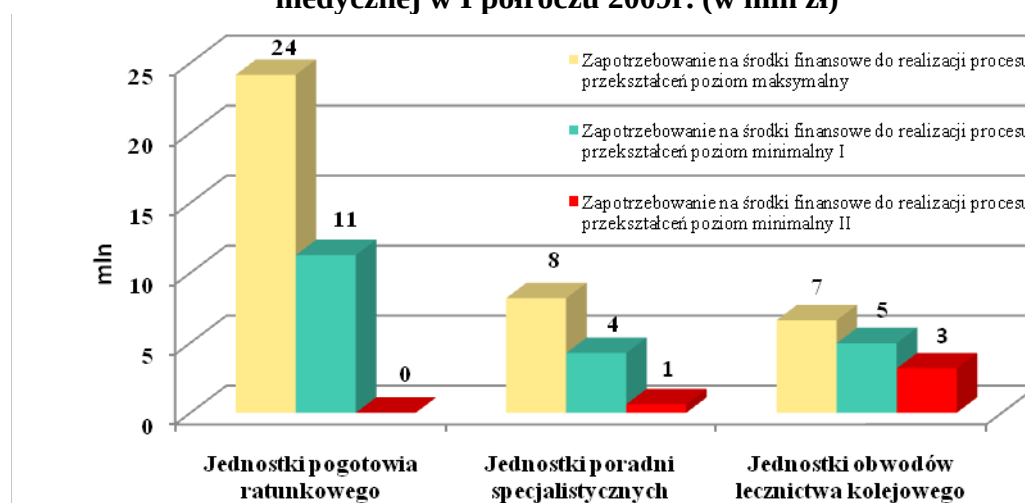
Przewiduje się, że proces przekształceń wszystkich jednostek lecznictwa zamkniętego, utworzonych przez Samorząd Województwa, przy założeniu maksymalnego zapotrzebowania na środki, ukształtuje się łącznie na poziomie około 500 mln zł. W przypadku wyegzekwowania wszystkich należności i wygospodarowania środków pieniężnych przez jednostkę, po przeprowadzonym procesie likwidacyjnym, zakłada się poziom minimalny II w kwocie 318 mln zł.

Analizując zapotrzebowanie na środki finansowe, potrzebne do podjęcia działań restrukturyzacyjnych przez wojewódzkie samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej leczenia otwartego, stwierdzić należy, iż w porównaniu do jednostek leczenia zamkniętego, wymagać będą one znacznie mniejszego zaangażowania środków finansowych.

Wielkość środków potrzebnych do pokrycia kosztów przekształcanych jednostek leczenia otwartego z podziałem na grupy działalności medycznej przedstawia wykres 10.

Wykres 10

Zapotrzebowanie na środki finansowe niezbędne do realizacji procesu przekształceń wojewódzkich jednostek leczenia otwartego z podziałem na grupy działalności medycznej w I półroczu 2009r. (w mln zł)



Źródło: opracowanie własne

Szacuje się, że kwota zapotrzebowania na środki finansowe niezbędne do pokrycia zobowiązań restrukturyzowanych wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia leczenia otwartego maksymalnie wyniesie prawie 40 mln zł, a w przypadku najmniejszego zaangażowania środków wynosić będzie około 4 mln zł.

Zapotrzebowanie na środki finansowe w celu przekształceń jednostek uwarunkowane będzie możliwościami budżetu własnego Województwa Śląskiego. W 2009 roku planowane dochody własne, z wyłączeniem subwencji ogólnych i dotacji celowych na zadania własne, wynoszą 618 mln zł.

Zaznaczyć należy, iż proces przekształceń zakładów opieki zdrowotnej przebiegać będzie stopniowo i w pierwszej kolejności dotyczyć będzie jednostek leczenia otwartego oraz jednostek leczenia zamkniętego, niemających znaczenia strategicznego dla Województwa Śląskiego, a więc jednostek, które wymagają o wiele mniejszego zaangażowania środków finansowych. Największych nakładów finansowych będą, bowiem wymagać wojewódzkie sp zoz wchodzące w skład grupy „11 największych szpitali wielo i monospecjalistycznych”:

- 69% poziomu maksymalnego (374 z 540 mln zł)
- 72% poziomu minimalnego I (266 z 370 mln zł),
- 80% poziomu minimalnego II (257 z 322 mln zł).

Kolejnym istotnym zagrożeniem dla realizacji celu strategicznego Województwa Śląskiego, jakim jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańcom regionu, jest malejąca liczba lekarzy i pielęgniarek określonych specjalności, co wydłuża czas oczekiwania na specjalistyczne świadczenia medyczne oraz stwarza realne zagrożenie niespełnienia przez zakłady warunków realizacji świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, określonych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia do tzw. „ustawy koszykowej”^{xx/}.

Zatrudnienie lekarzy w województwie śląskim w 2008 roku wg specjalności przedstawia tabela 14.

Tabela 14

Zatrudnienie lekarzy specjalistów^{xx/} w województwie śląskim w 2008r.

Lekarze specjaliści (osoba)							
Lp.	Wyszczególnienie	Ogółem	w tym specjaliści II stopnia	Lp.	Wyszczególnienie	Ogółem	w tym specjaliści II stopnia
1	Alergologii	51	50	45	Medycyny pracy	183	97
2	Anestezjologii i intensywnej terapii	445	344	46	Medycyny przemysłowej	38	27
3	Angiologii	3	-	47	Medycyny ratunkowej	9	-
4	Audiologii	17	17	48	Medycyny sądowej	2	1
5	Audiologii i foniatrii	0	-	49	Medycyny społecznej	6	1
6	Balneoklimatologii i medycyny fizykalnej	17	16	50	Medycyny sportowej	6	6
7	Chemioterapii nowotworów	6	6	51	Medycyny szkolnej	1	1
8	Chirurgii ogólnej	530	404	52	Medycyny transportu	0	-
9	Chirurgii dziecięcej	63	50	53	Mikrobiologii	2	2
10	Chirurgii klatki piersiowej	14	14	54	Nefrologii	39	32
11	Chirurgii naczyniowej	5	-	55	Neonatologii	117	116
12	Chirurgii onkologicznej	22	22	56	Neurochirurgii	58	51
13	Chirurgii plastycznej	9	7	57	Neurologii	384	288
14	Chirurgii szczękowej	2	2	58	Neurologii dziecięcej	25	25
15	Chirurgii szczękowo - twarzowej	1	-	59	Neuropatologii	1	0
16	Chorób płuc	185	157	60	Okulistyki	365	263
17	Chorób wewnętrznych	1 645	965	61	Onkologii	29	19
18	Chorób zakaźnych	57	46	62	Onkologii i hematologii dziecięcej	7	-
19	Dermatologii i wenerologii	175	109	63	Organizacji ochrony zdrowia	11	11
20	Dermatologii dziecięcej	0	0	64	Ortopedii i traumatologii	363	280
21	Diabetologii	59	43	65	Otolaryngologii	248	139
22	Diagnostyki laboratoryjnej	4	2	66	Otolaryngologii dziecięcej	16	16
23	Epidemiologii	4	4	67	Otarynolaryngologii	12	-
24	Endokrynologii	45	37	68	Otarynolaryngologii dziecięcej	0	-
25	Farmakologii klinicznej	7	7	69	Patologii onkologicznej	1	1
26	Foniatrii	7	7	70	Patomorfologii	50	35
27	Ginekologii onkologicznej	1	-	71	Pediatrici	801	378

x/ Słowniczek terminów i pojęć

xx/ Dane o zatrudnieniu w osobach, według podstawowego miejsca pracy, dane nie zawierają informacji o zatrudnieniu w Śląskim Uniwersytecie Medycznym oraz w jednostkach administracji publicznej. Dane dotyczą zatrudnienia w jednostkach ochrony zdrowia, w tym w indywidualnych i grupowych praktykach lekarskich udzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych

28	Gastroenterologii	35	29	72	Położnictwa i ginekologii	652	527
29	Geriatрії	20	19	73	Psychiatrii	223	152
30	Genetyki klinicznej	0	-	74	Psychiatrii dzieci i młodzieży	9	8
31	Hematologii	13	11	75	Radiodiagnostyki	240	142
32	Higieny i epidemiologii	5	0	76	Radioterapii onkologicznej	66	51
33	Higieny pracy	0	0	77	Radiologii dziecięcej	2	2
34	Hipertensjologii	0	-	78	Rehabilitacji medycznej	164	125
35	Immunologii klinicznej	0	-	79	Reumatologii	101	97
36	Kardiologii	206	178	80	Seksuologii	6	6
37	Kardiologii dziecięcej	4	-	81	Toksykologii	3	3
38	Kardiochirurgii	16	16	82	Transfuzjologii	5	4
39	Medycyny kolejowej	7	7	83	Transplantologii klinicznej	3	-
40	Medycyny morskiej i tropikalnej	0	0	84	Urologii	89	85
41	Medycyny nuklearnej	5	3	85	Urologii dziecięcej	1	-
42	Medycyny ogólnej	97	63	86	Zdrowia Publicznego	3	-
43	Medycyny rodzinnej	450	361	87	Innych specjalności nie wymienionych wyżej	13	9
44	Medycyny paliatywnej	5	-				
Lekarze specjaliści ogółem						8 591	5 996

Źródło: Śląskie Centrum Zdrowia Publicznego, Wydział Nadzoru Nad Systemem Opieki Zdrowotnej ŚUW, opracowanie na podstawie MZ-89 - Rocznoego sprawozdania o zatrudnieniu specjalistów: lekarzy, lekarzy dentystów, farmaceutów i innych

Tabela poniżej obrazuje liczbę lekarzy, którzy w województwie śląskim ukończą specjalizację na przestrzeni lat 2009 – 2014.

Tabela 15
Zestawienie liczby lekarzy, którzy ukończą w województwie śląskim specjalizację w latach 2009 -2014

Lp.	Specjalizacja	Lata						Razem
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	
1	Anestezjologia i intensywna terapia	25	23	24	36	26	50	184
2	Chirurgia dziecięca	0	2	3	1	2	2	10
3	Chirurgia ogólna	19	9	23	19	21	20	111
4	Chirurgia szczękowo-twarzowa	1	0	0	1	2	3	7
5	Choroby wewnętrzne	72	82	60	37	87	15	353
6	Choroby zakaźne	2	1	2	2	3	0	10
7	Dermatologia i wenerologia	1	9	3	3	0	0	16
8	Diagnostyka laboratoryjna	0	0	0	0	0	0	0
9	Genetyka kliniczna	0	1	1	0	0	0	2
10	Medycyna pracy	4	9	9	2	2	0	26
11	Medycyna ratunkowa	10	12	3	3	4	0	32
12	Medycyna rodzinna	28	17	26	41	10	0	122
13	Medycyna sądowa	0	0	0	0	0	0	0
14	Mikrobiologia lekarska	0	0	1	0	0	0	1
15	Neurochirurgia	1	2	3	0	1	2	9
16	Neurologia	6	16	24	9	25	10	90
17	Okulistyka	8	15	24	11	20	8	86
18	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	11	25	24	16	16	33	125

19	Otorynolaryngologia	9	6	2	6	3	4	30
20	Patomorfologia	1	1	2	2	1	1	8
21	Pediatrya	2	9	14	14	26	11	76
22	Położnictwo i ginekologia	10	14	12	18	21	16	91
23	Psychiatria	11	26	21	10	29	7	104
24	Radiologia i diagnostyka obrazowa	9	15	24	16	27	11	102
25	Radioterapia onkologiczna	4	1	5	2	6	4	22
26	Rehabilitacja medyczna	8	9	14	6	6	4	47
27	Urologia	2	6	1	2	3	1	15
28	Zdrowie publiczne	7	5	3	1	0	0	16
29	Alergologia	3	6	4	2	0	0	15
30	Angiologia	1	8	7	0	0	0	16
31	Balneologia i medycyna fizykalna	4	2	0	0	0	0	6
32	Chirurgia klatki piersiowej	0	1	0	1	2	1	5
33	Chirurgia naczyniowa	0	3	7	1	0	0	11
34	Chirurgia onkologiczna	2	8	0	0	0	0	10
35	Chirurgia plastyczna	0	0	0	1	0	0	1
36	Choroby płuc	1	4	4	1	0	0	10
37	Diabetologia	0	17	3	0	0	0	20
38	Endokrynologia	2	7	12	3	0	0	24
39	Farmakologia kliniczna	0	1	0	0	0	0	1
40	Gastroenterologia	4	6	4	0	0	0	14
41	Geriatria	7	12	4	0	0	0	23
42	Hematologia	0	2	3	0	0	0	5
43	Immunologia kliniczna	0	0	1	0	0	0	1
44	Kardiochirurgia	5	9	1	2	4	5	26
45	Kardiologia	12	0	10	44	33	47	146
46	Medycyna nuklearna	2	2	1	4	2	0	11
47	Medycyna paliatywna	3	4	3	1	0	0	11
48	Medycyna sportowa	2	8	7	1	0	0	18
49	Nefrologia	9	9	12	2	0	0	32
50	Neonatologia	9	6	4	1	4	2	26
51	Onkologia kliniczna	5	3	7	4	5	4	28
52	Onkologia i hematologia dziecięca	0	1	2	0	0	0	3
53	Psychiatria dzieci i młodzieży	1	2	0	2	1	0	6
54	Reumatologia	3	9	13	4	0	0	29
55	Toksykologia kliniczna	1	2	2	0	0	0	5
56	Transfuzjologia kliniczna	0	1	3	0	0	1	5
57	Transplantologia kliniczna	3	3	3	0	0	0	9
58	Kardiologia dziecięca	1	2	4	2	0	0	9
59	Neurologia dziecięca	0	1	1	0	0	0	2
60	Chirurgia stomatologiczna	2	3	3	2	3	3	16
61	Ortodoncja	5	1	2	0	1	0	9
62	Periodontologia	1	3	0	1	0	0	5
63	Protetyka stomatologiczna	5	1	3	7	3	0	19
64	Stomatologia dziecięca	1	3	2	0	0	0	6
65	Stomatologia zachowawcza z endodoncją	6	6	2	6	0	0	20
66	Ginekologia onkologiczna	0	0	5	6	0	0	11
67	Hipertensjologia	11	0	0	0	0	0	11
68	Otorynolaryngologia dziecięca	0	1	2	0	0	0	3
69	Urologia dziecięca	2	0	0	0	0	0	2

Źródło: Śląskie Centrum Zdrowia Publicznego, Wydział Nadzoru Nad Systemem Opieki Zdrowotnej ŚUW

Zgodnie z informacjami Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia dane o liczbie ofert złożonych w postępowaniach konkursowych, poprzedzających zawarcie umów o wykonanie świadczeń zdrowotnych na lata 2008-2010, które nie spełniały wymagań w zakresie personelu lekarskiego, a także o liczbie umów zawartych na ww. okres w trybie warunkowym z podmiotami nie spełniającymi wymogów kontraktowania, pozwalają wskazać następujące dziedziny medycyny, gdzie deficyt specjalistów stwarza trudności w zabezpieczeniu dostępu do świadczeń w rodzajach (kolejność stosownie do wielkości problemu):

leczenie szpitalne:

1. nefrologia,
2. onkologia kliniczna,
3. choroby płuc,
4. położnictwo i ginekologia,
5. otolaryngologia,
6. endokrynologia,
7. gastroenterologia,
8. dermatologia i wenerologia,
9. pediatria,
10. choroby zakaźne,
11. hematologia,
12. geriatria,
13. neonatologia,
14. chirurgia dziecięca,
15. alergologia,
16. alergologia dziecięca,
17. reumatologia dziecięca,
18. reumatologia,
19. diagnostyka laboratoryjna.

ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne:

1. angiologia,
2. gastroenterologia,
3. endokrynologia,
4. alergologia,
5. diabetologia,
6. neurologia dziecięca,
7. kardiologia,
8. nefrologia,
9. hematologia,
10. radiodiagnostyka obrazowa.

Powyższy stan znajduje potwierdzenie w postaci wniosków kierowanych w minionych latach do Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ przez świadczeniodawców, o wyrażenie zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych przez osoby bez wymaganych kwalifikacji, pozytywnie zaopiniowanych przez Konsultantów wojewódzkich poszczególnych dziedzin medycyny. Brak wytycznych określających optymalną dostępność do świadczeń w rodzaju: ***leczenie szpitalne*** oraz ***ambulatoryjna opieka specjalistyczna*** uniemożliwia wskazanie liczby brakujących specjalistów.

7. Kierunki działań w procesie restrukturyzacji

7.1. Proces zmian własnościowych w Polsce w latach 1999-VI.2009

Brak przepisów pozwalających na bezpośrednie przekształcenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, utrudnia, ale nie powoduje zaniechania przekształceń własnościowych w sektorze ochrony zdrowia. Szpitale, oddziały szpitalne, zakłady leczenia ambulatoryjnego oraz inne jednostki działające w strukturach publicznych zakładów opieki zdrowotnej sukcesywnie zmieniają formę organizacyjno-prawną z publicznej na niepubliczną^{x/}.

Na koniec czerwca 2009 roku wg krajowego rejestru zoz w Polsce funkcjonowało 17 425 zakładów opieki zdrowotnej.

Tabela 16

Struktura zakładów opieki zdrowotnej na dzień 30.06.2009r.

Lp.	Zakłady opieki zdrowotnej	Szpitalne	Zakłady lecznictwa ambulatoryjnego	Ogółem
1	Polska, w tym:	742	16 683	17 425
2	Niepubliczny zoz, w tym	120*	14 793	14 913
2.1	<i>sp zoz przekształcony decyzją j.s.t. w nzo</i>	77	196	273
3	Publiczny zoz	622	1 890	2 512

Źródło: dane na podstawie www.rejestrzoz.gov.pl

* przy założeniu, że posiadają co najmniej 1 oddział i co najmniej 50 łóżek szpitalnych

Dane przedstawione w tabeli pokazują, jakie formy działalności są możliwe dla zakładów opieki zdrowotnej. Dominującą pozycję (pod względem ilościowym) utrzymują niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Ich udział w sektorze ochrony zdrowia jest prawie sześciokrotnie wyższy niż zakładów funkcjonujących w formie publicznej. Taka struktura podmiotów jest rezultatem zmian zachodzących w systemie ochrony zdrowia.

Wśród publicznych zoz działa 2 512 jednostek, z tego:

- 1 584 samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, w tym:
 - o 608 szpitali,
 - o 976 zakładów leczenia ambulatoryjnego,
- 928 publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w tym:
 - o 16 działających w formie jednostek badawczo-rozwojowych (w tym 14 szpitali),
 - o 912 jednostek i zakładów budżetowych.

Systematycznie wzrasta liczba zakładów tworzonych i prowadzonych przez spółki prawa handlowego.

Od 1999 r. samorządy zgodnie ze swoimi kompetencjami „przekształciły” 326 jednostek i komórek organizacyjnych zakładów, w tym:

- 77 szpitali,
- 196 zakładów leczenia ambulatoryjnego,
- 53 oddziały szpitalne.

Jednostki te stały się niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej.

^{x/} Publikacja Ministerstwa Zdrowia - informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia podjętych decyzją jednostek samorządu terytorialnego na przestrzeni lat 1999-VI.2009

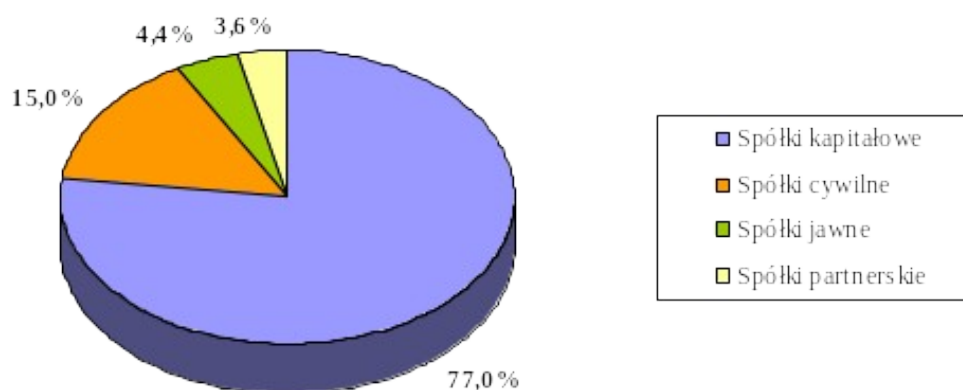
W latach 1999–VI.2009, decyzją jednostek samorządu terytorialnego, procesem przekształceń własnościowych objęto 77 szpitali, co stanowi 12,7% (wzrost o 2% w porównaniu do 2008 r.) wszystkich publicznych szpitali w Polsce. Od 2004 roku systematycznie rosła liczba szpitali niepublicznych, szczególnie dynamicznie w 2008 r. Najczęściej podmioty te powoływane były przez kapitałowe spółki prawa handlowego, rzadziej przez spółki cywilne, spółki jawne i partnerskie. Podobna tendencja występowała w grupie zakładów leczenia ambulatoryjnego, przy czym udział jednostek samorządu terytorialnego w kapitale zakładowym nowo utworzonych spółek powołujących szpitale był dużo wyższy niż w ambulatoriach i wynosił najczęściej 100%. W przekroju regionalnym najwięcej niepublicznych szpitali zarejestrowanych było w województwach dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, śląskim, lubuskim, opolskim, pomorskim, najmniej natomiast w podkarpackim, podlaskim, mazowieckim i zachodniopomorskim.

Największe tempo przekształceń odnotowano w grupie zakładów leczenia ambulatoryjnego. Od 1999 r. wobec 196 zakładów ambulatoryjnych podjęto decyzję o zmianie formy własności z publicznej na niepubliczną.

Badania danych statystycznych urzędów wojewódzkich oraz wojewódzkich centrów zdrowia publicznego dowodzą, iż niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej powoływane były przez podmioty funkcjonujące w formie spółek prawa handlowego. Większość niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej powstających na bazie majątku publicznych zakładów opieki zdrowotnej, tworzona była przez spółki kapitałowe (77%), tj. spółki z ograniczoną odpowiedzialnością i spółki akcyjne. Wśród osobowych spółek powołujących niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej dominowały spółki: cywilne (15%), jawne (4,4%) partnerskie (3,6%).

Wykres 11

Struktura własnościowa przekształconych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce w latach 1999-VI.2009 (w%)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia (www.mz.gov.pl)

Proces zmian własnościowych samorządowych jednostek ochrony zdrowia jest procesem dynamicznym, zróżnicowanym w czasie i w skali kraju. Najwyższą dynamikę przekształceń własnościowych odnotowano w latach 2001-2008.

W pierwszym półroczu 2009 r. zaobserwowano niższą niż oczekiwano dynamikę zmian, co należy wiązać z wcześniejszymi pracami parlamentarnymi nad pakietem ustaw zdrowotnych, zakładających obligatoryjne przekształcenie sp zoz w spółki kapitałowe, które ostatecznie zawetował Prezydent RP w grudniu 2008 r.

7.2. Restrukturyzacja jednostek ochrony zdrowia (informacje ogólne)

Restrukturyzacja oznacza systemową przebudowę lub rekonstrukcję struktury gospodarczej obiektu. Celem restrukturyzacji jest osiągnięcie stanu alternatywnego w stosunku do dotychczasowego. Należy rozumieć przez to dążenie do maksymalnego dostosowania realiów i praktyki gospodarczej do warunków rynkowych. W przypadku restrukturyzacji mikroekonomicznej (przebudowa podmiotu restrukturyzowanego) będzie to podjęcie działań dla zwiększenia konkurencyjności podmiotu i wzrostu jego wartości. Restrukturyzacja ma charakter całościowy i wzajemnie powiązany, jest procesem długofalowym, wymagającym stosowania wielu technik wykonawczych, oraz stosowania systemu jasnych kryteriów oceny jej przebiegu.

Działania restrukturyzacyjne mają charakter indywidualny i w szerokim aspekcie muszą uwzględniać indywidualne cechy obiektu zmian. Aspekt ten ma szczególne znaczenie w przypadku podmiotu będącego przedmiotem restrukturyzacji. Restrukturyzacja dotyczy struktury jej obiektu, nie może mieć tylko charakteru naprawczego, ale musi również uwzględniać aspekt rozwojowy. Przez strukturę podmiotu rozumie się zespół wzajemnie powiązanych czynników określających całość działalności podmiotu, a więc zarówno organizację, zarządzanie i ekonomikę danego podmiotu. Dlatego też celem procesów restrukturyzacyjnych jest poprawa efektywności gospodarowania, poprzez zmianę struktury gospodarczej podmiotu, w kierunku nadania jej cech nowoczesności, elastyczności i adaptacyjności oraz ciągła maksymalizacja dostosowania podmiotu do stale zmieniających się uwarunkowań rynkowych. Do głównych czynników warunkujących działania restrukturyzacyjne zalicza się postęp techniczny i organizacyjny.

Z punktu widzenia celów restrukturyzacji wyróżnia się następujące formy restrukturyzacji:

- *restrukturyzację przedmiotową* związaną ze zmianami systemowymi, obejmującymi zmiany finansowe, techniczne, technologiczne, asortymentowe itp. (inicjatorem takiej restrukturyzacji jest zazwyczaj sam podmiot),
- *restrukturyzację podmiotową*, dotyczy ona zmian w zakresie formy organizacyjno-prawnej funkcjonowania podmiotu, oraz problematyki własności (inicjatorem jej przeprowadzenia jest często organ założycielski). Restrukturyzacja taka ma charakter pośredni, bowiem celem podejmowanych działań jest tu próba stworzenia lepszych warunków startowych dla procesów restrukturyzacyjnych.

Drugim często stosowanym podziałem jest:

- *restrukturyzacja naprawcza* (skupienie działań restrukturyzacyjnych na zagadnieniach finansowych), celem podejmowania działań staje się, w tym przypadku poprawa płynności i wypłacalności finansowej, źródeł takiej restrukturyzacji poszukuje się w wewnętrznych zmianach struktury podmiotu,
- *restrukturyzacja rozwojowa* (oparta na decyzjach strategicznych jednostki).

Restrukturyzacja naprawcza staje się elementem przetrwania i próbą uniknięcia likwidacji podmiotu. Jej celem jest odwrócenie niekorzystnych tendencji ekonomicznych, głównie braku płynności finansowej, zapobieganie likwidacji i umożliwienie przetrwania jednostki. W praktyce działania skupione są na zagadnieniach finansowych, zaś celem podejmowanych starań staje się tu poprawa płynności i wypłacalności finansowej, jej źródeł poszukuje się najczęściej w wewnętrznych zmianach struktury podmiotu.

Podstawowe kierunki zmian restrukturyzacji naprawczej to:

- próba zbycia/zagospodarowania zbędnego majątku trwałego,
- zmiana struktury aktywów podmiotu,
- dążenie do ugody z dłużnikami i wierzycielami,
- zmiany w zakresie zatrudnienia,
- racjonalizacja kosztów,
- poprawa wyniku finansowego,
- wzrost sprawności działania,
- podtrzymanie dotychczasowej struktury działalności.

Restrukturyzacja naprawcza z uwagi na swój doraźny charakter i brak szerszych odniesień rynkowych nie prowadzi zazwyczaj do trwałych, stabilizujących zmian, dlatego rzadko jest ona skutecznym narzędziem długofalowej strategii działania restrukturyzowanego podmiotu. W programach naprawczych brak jest często elementów decyzji strategicznych. Opisana sytuacja dotyczy najczęściej podmiotów słabych, gdzie analiza możliwości restrukturyzacji i próba budowy programu jej przebiegu zawiera w sobie pytanie: czy restrukturyzacja jest w ogóle możliwa. Odpowiedź na to pytanie leży w obszarze zainteresowania organów założycielskich. Istotne znaczenie ma tu umiejętność wczesnego wykrywania sytuacji zagrożenia ekonomiki podmiotu, kontroli jego stanu, oraz oddziaływania organów założycielskich w kierunku formułowania i wdrażania programów restrukturyzacyjnych. Brak odważnych i przemyślanych rozwiązań, niewłaściwe wykorzystanie szans i możliwości podmiotu, jak również niedocenywanie zagrożeń prowadzi w konsekwencji do powierzchowności wniosków, dlatego też rzadko jest ona skutecznym narzędziem długofalowej strategii działania podmiotu.

Restrukturyzacja poprzez prywatyzację

Prywatyzacja stanowi jedną z technik restrukturyzacji.

Podstawowymi czynnikami powodującymi przydatność takiego procesu restrukturyzacji są:

- dostosowanie formy organizacyjno-prawnej do zasad gospodarki rynkowej,
- wyższa efektywność gospodarcza podmiotów prywatnych,
- uruchomienie systemu zarządzania i organizacji zwiększającego innowacyjność podmiotu,
- nowe źródła finansowania wewnętrznej działalności podmiotu i procesów restrukturyzacyjnych,
- włączenie załogi w proces decydowania o strategicznych funkcjach podmiotu,
- prawna konieczność wykonania analizy ekonomiczno-finansowej i wyceny podmiotu.

Formy prywatyzacji podmiotów:

- ścieżka kapitałowa,
- ścieżka likwidacyjna.

Zakres restrukturyzacji wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia powinien obejmować restrukturyzację obszaru działania, restrukturyzację finansową oraz restrukturyzację organizacyjną.

7.3. Kierunki działań w procesie restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie

Możliwe kierunki restrukturyzacji, w tym ewentualne przekształcenie zakładu w spółkę prawa handlowego, przedstawia - **SCHEMAT „Kierunki restrukturyzacji SP ZOZ, dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie” – załącznik 3.**

Przyjęty w tym schemacie podział zakładów opieki zdrowotnej na trzy grupy ma istotne znaczenie dla ustalenia działań w procesie restrukturyzacji.

I. JEDNOSTKI STRATEGICZNE

II. JEDNOSTKI REGIONALNE

III. JEDNOSTKI LOKALNE

I. JEDNOSTKI STRATEGICZNE – grupa ta stanowi 27 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej o charakterze ponadregionalnym i istotnej funkcji zabezpieczenia medycznego dla regionu: 15 szpitali mono i wielospecjalistycznych, 4 szpitale psychiatryczne, 3 jednostki rehabilitacyjne, 3 jednostki leczenia dla dzieci oraz 2 jednostki ratownictwa medycznego. Jednostki te zapewniają realizację zadań nałożonych na samorząd województwa zgodnie z ustawą z dnia 5 czerwca 1998r. o samorządzie województwa (t.j. Dz. U. 2001r., Nr 142, poz. 1590 z późn. zm.).

Kryteriami wyboru tej grupy jednostek były:

- kompleksowość świadczonych usług,
- charakter działania - rodzaj świadczonych usług,
- zapewnienie możliwości leczenia na wysokim poziomie (szpitale wielospecjalistyczne),
- specjalizacja w określonych dziedzinach działalności, pozwalająca zaoferować optymalne warunki świadczenia usług na najwyższym poziomie,
- szczególny profil działalności jednostek, wymagający ich prowadzenia z uwagi na konieczność realizacji istotnych zadań publicznych (np. zakłady psychiatryczne),
- lokalizacja i zasięg ponadregionalny,
- ważne funkcje zabezpieczenia medycznego województwa śląskiego, w tym zabezpieczenia ratownictwa medycznego,
- istotna rola w zakresie rehabilitacji dla dorosłych i dzieci,
- możliwość wprowadzenia nowych usług,
- poziom rozwoju infrastruktury medycznej,
- specjalistyczna kadra medyczna,
- znacząca liczba łóżek.

Jednostki strategiczne - grupa stanowiąca następujące jednostki (27):

(szpitale wielospecjalistyczne)

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu
2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 3 w Rybniku
3. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie
4. Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej
5. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu
6. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu Zdroju

7. Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach
8. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 1 im. prof. J. Gasińskiego w Tychach
9. Wojewódzki Szpital Zespolony im. prof. dr W. Orłowskiego w Częstochowie
10. Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Bytomiu
11. Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu
12. Szpital Specjalistyczny w Chorzowie

(szpitale monospecjalistyczne)

13. Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich
14. Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. prof. dr Janusza Daaba w Piekarach Śląskich

(jednostka pulmonologiczna)

15. Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej

(jednostki leczenia psychiatrycznego)

16. Centrum Psychiatrii w Katowicach
17. Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr Emila Cyrana w Lublińcu
18. Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku
19. Szpital Psychiatryczny w Toszku

(jednostki rehabilitacyjne)

20. Górnośląskie Centrum Rehabilitacji „REPTY” im. gen. Jerzego Ziętka w Tarnowskich Górach
21. Śląski Szpital Reumatologiczno-Rehabilitacyjny w Ustroniu
22. Wojewódzki Ośrodek Reumatologiczno-Rehabilitacyjny w Goczałkowicach Zdroju

(jednostki leczenia dla dzieci)

23. Górnośląski Ośrodek Rehabilitacji dla Dzieci im. dr A. Szebesty w Rabce Zdroju
24. Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju
25. Wojewódzkie Centrum Pediatrii „KUBALONKA” w Istebnej

(jednostki ratownictwa medycznego)

26. Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach
27. Rejonowe Pogotowie Ratunkowe w Sosnowcu

Wymienione jednostki stanowią największe zakłady ochrony zdrowia, zarówno w kontekście oferowanej gamy usług medycznych, posiadanego wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego, zatrudnionej kadry medycznej oraz ilości łóżek szpitalnych, a także zakłady wykonujące specjalistyczne usługi – pełniące w regionie ważne funkcje zabezpieczenia zdrowotnego. W jednostkach tych trwają procesy dostosowawcze do uwarunkowań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.

II. JEDNOSTKI REGIONALNE – grupa liczy 22 jednostki, wśród których wyróżniamy:

- A. Jednostki leczenia otwartego (3)**
- B. Jednostki leczenia zamkniętego (17):**
- C. Inne jednostki (2)**

Przedmiotowe jednostki świadczą usługi medyczne zarówno dla mieszkańców województwa jak również ludności spoza regionu. Wśród nich wyróżnia się szpitale wielo i monospecjalistyczne, zakład psychiatryczny, zakłady leczenia odwykowego, szpitale rehabilitacyjne, jednostki leczenia dla dzieci oraz przychodnie wielospecjalistyczne.

A. Lecznictwo otwarte – obejmuje następujące zakłady:

1. Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach
2. Wojewódzki Zespół Ochrony Zdrowia Matki, Dziecka i Młodzieży w Katowicach
3. Zakład Diagnostyki Obrazowej w Sosnowcu

Wymienione zakłady oferują usługi medyczne w zakresie opieki ambulatoryjnej, w specjalistycznych poradniach oraz laboratoriach analitycznych.

B. Lecznictwo zamknięte – obejmuje:

(szpitale wielospecjalistyczne)

1. Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach
2. Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej
3. Szpital Specjalistyczny w Zabrze

(jednostki leczenia dla dzieci)

4. Dziecięcy Ośrodek Leczniczo - Rehabilitacyjny „BUCZE” w Górkach Wielkich
5. Ośrodek Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży w Orzeszu
6. Ośrodek Leczniczo-Rehabilitacyjny dla Dzieci Kamieniec - Zbrosławice

(jednostki rehabilitacyjne)

7. Beskidzki Zespół Leczniczo-Rehabilitacyjny Szpital Opieki Długoterminowej w Jaworzu
8. Śląskie Centrum Rehabilitacji w Ustroniu

(jednostka leczenia psychiatrycznego)

9. Psychiatryczny Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Międzybrodziu Bialskim

(jednostki leczenia odwykowego)

10. Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Gorzycach
11. Ośrodek Terapii Uzależnień od Alkoholu w Parzymiechach

(jednostki pulmonologiczne)

12. Szpital Chorób Płuc w Orzeszu
13. Szpital Chorób Płuc w Siewierzu
14. Szpital Chorób Płuc im. św. Józefa w Pilchowicach
15. Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im. dr A. Pawelca w Wodzisławiu Śląskim
16. Zakład Pulmonologii w Tarnowskich Górach

(szpital monospecjalistyczny)

17. Szpital Chorób Wewnętrznych „Hutniczy” w Częstochowie

C. Inne jednostki

1. Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Katowicach
2. Wojewódzkie Zakłady Ortopedyczne w Bytomiu

III. JEDNOSTKI LOKALNE – grupa liczy 7 jednostek o ograniczonym terytorialnie zasięgu działania, do których zalicza się obwody leczenia kolejowego i poradnie specjalistyczne:

1. Wojewódzki Zakład Opieki Zdrowotnej nad Matką, Dzieckiem i Młodzieżą w Częstochowie
2. Wojewódzka Specjalistyczna Przychodnia Stomatologiczna w Katowicach
3. Obwód Lecznictwa Kolejowego w Bielsku - Białej
4. Obwód Lecznictwa Kolejowego w Katowicach
5. Obwód Lecznictwa Kolejowego w Gliwicach
6. Obwód Lecznictwa Kolejowego w Sosnowcu
7. Obwód Lecznictwa Kolejowego w Tarnowskich Górach

Proces restrukturyzacji wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia wymagać będzie:

1) Skoncentrowania się na jednostkach strategicznych (o znaczeniu ponadregionalnym i pełniących ważne funkcje zabezpieczenia zdrowotnego regionu), w szczególności poprzez skierowanie do tych zakładów środków finansowych gwarantujących ich długofalowe funkcjonowanie i rozwój oraz zastosowanie wzmożonego nadzoru nad działaniami takich zakładów.

2) Ograniczenia liczby prowadzonych zakładów opieki zdrowotnej niemających znaczenia strategicznego, w szczególności takich, które świadczą usługi o charakterze lokalnym i regionalnym.

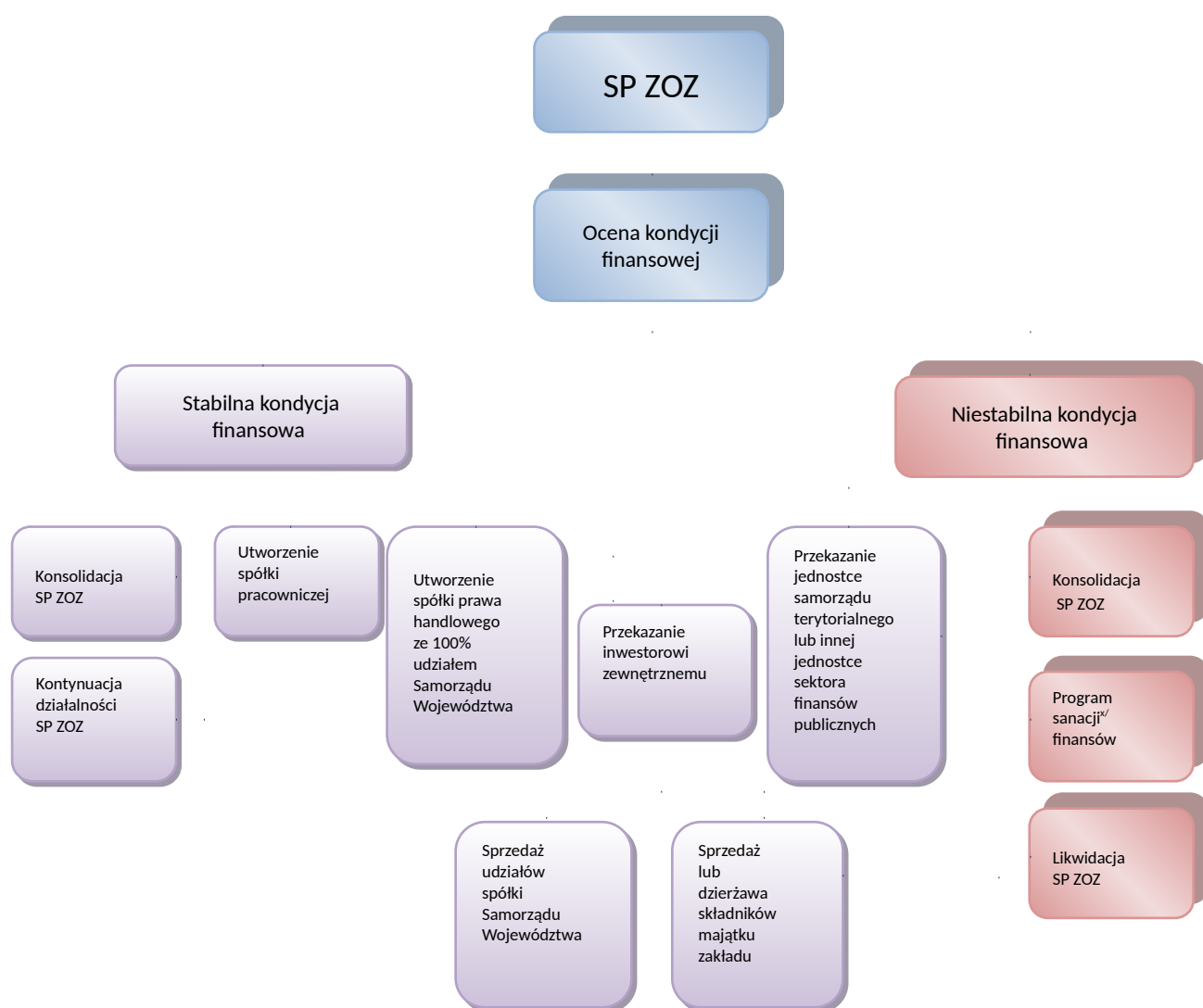
Z prawnego punktu widzenia organu założycielskiego możliwe są następujące warianty postępowania:

- a) połączenie z innym zakładem, prowadzonym przez Województwo Śląskie (konsolidacja),
- b) przekazanie zakładu do prowadzenia tzw. spółce pracowniczej,
- c) utworzenie spółki prawa handlowego ze 100% udziałem Województwa Śląskiego,
- d) przekazanie zakładu inwestorowi zewnętrznemu,

- e) przekazanie zakładu do prowadzenia innej jednostce samorządu terytorialnego lub innej jednostce sektora finansów publicznych,
- f) likwidacja zakładu z ograniczeniem się do zapewnienia pacjentom usług medycznych w innych podmiotach,
- g) zachowanie obecnej formy organizacyjnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (sp zoz),
- h) zastosowanie programu sanacji finansów.

Możliwe kierunki restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przedstawione zostały na schemacie zamieszczonym poniżej.

Schemat wariantów przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej



Źródło: opracowanie własne

x/ **Sanacja** - naprawa, uzdrowienie sytuacji

Przekształcenia jednostek strategicznych wymagać będą większego nakładu pracy i środków finansowych, dlatego ich realizacja będzie procesem długofalowym. Z kolei działania przekształceniowe jednostek pozostałych mogą być podejmowane w łatwiejszy sposób, albowiem nie wymagają zaangażowania tak znaczących środków finansowych z budżetu Województwa i są prostsze do wprowadzenia z organizacyjnego punktu widzenia. Z tych względów zasadne jest dwutorowe prowadzenie działań, czyli wprowadzanie zmian organizacyjnych jednostek strategicznych oraz równoczesne, niezwłoczne podejmowanie działań wobec jednostek pozostałych (regionalnych i lokalnych).

Zaznaczyć należy, iż zmniejszenie liczby prowadzonych przez Województwo Śląskie jednostek z grupy regionalnej i lokalnej ułatwić powinno lepsze funkcjonowanie jednostek strategicznych i zwiększenie możliwości kierowania środków finansowych do tych jednostek oraz zastosowanie wobec nich wzmożonego nadzoru.

Do podejmowania decyzji dotyczących kierunków restrukturyzacji niezbędna jest ocena kondycji finansowej nadzorowanych jednostek ochrony zdrowia. W tym celu dokonano oceny sytuacji finansowo - ekonomicznej wszystkich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których Województwo Śląskie jest organem założycielskim. Ocena dotyczyła trzech ostatnich lat (tj. za okres od 2007 roku do czerwca 2009 roku).

W zależności od osiąganego przez zakłady poziomu przyjętych wskaźników^{x/}: rentowności, poziomu kosztów i płynności finansowej, dokonano podziału tych jednostek na kategorie: **A, B, C**.

Poszczególnym kategoriom **A, B, C** oceny kondycji finansowej jednostek przypisano następujące wielkości wskaźników:

Kategoria A – jednostka zdolna do przekształcenia, gdy wszystkie wskaźniki osiągnęły poziom:

- rentowność dodatnia,
- koszty/przychody mniejsze od 1,
- wskaźnik bieżącej płynności finansowej większy od 1.

Kategoria B – jednostka mogąca podlegać przekształceniu po poprawie sytuacji finansowej, gdy co najmniej jedna wielkość z tej kategorii osiągnęła poziom:

- rentowność na poziomie 0 - (-5%),
- koszty/przychody na poziomie 1 - 1,1,
- wskaźnik bieżącej płynności finansowej od 0,8 do 1.

i żaden ze wskaźników nie uzyskał wartości przewidzianej dla kategorii C

Kategoria C – konieczna sanacja finansów jednostki, gdy co najmniej jeden ze wskaźników kształtuje się na poziomie:

- rentowność mniejsza od -5%,
- koszty/przychody większe od 1,1,
- wskaźnik bieżącej płynności finansowej mniejszy od 0,8.

Ocena sytuacji finansowej zakładów opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie w podziale na 3 kategorie **A, B, C** przedstawiona została w tabeli 17.

^{x/} **Wskaźnik rentowności** świadczy o efektywności działania zakładu biorąc pod uwagę jego działalność podstawową i pozostałą. Informuje o wielkości zysku netto uzyskiwanego z każdego złotego sprzedaży. Im wyższa wartość wskaźników tym korzystniejsza sytuacja finansowa jednostki;

Wskaźnik poziomu kosztów odpowiada na pytanie, jaki jest udział kosztów w przychodach działalności operacyjnej zakładu;
Wskaźnik bieżącej płynności finansowej informuje o zdolności jednostki do regulowania zobowiązań

Tabela 17

Ocena sytuacji finansowej strategicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie

Lp.	Nazwa Jednostki	Wskaźnik	Lata		
			2007	2008	VI / 2009
1	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-19,47%	-13,28%	-19,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,22	1,14	1,22
		Wskaźnik płynności bieżącej	0,37	0,46	0,33
		Kategoria	C	C	C
2	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 3 w Rybniku	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-15,20%	-5,82%	-16,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,16	1,09	1,19
		Wskaźnik płynności bieżącej	0,59	0,97	0,67
		Kategoria	C	C	C
3	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. NMP w Częstochowie	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-19,21%	11,12%	-25,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,15	1,06	1,25
		Wskaźnik płynności bieżącej	0,29	0,45	0,21
		Kategoria	C	C	C
4	Szpital Wojewódzki w Bielsku Białej	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-15,57%	-12,09%	-6,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,17	1,14	1,08
		Wskaźnik płynności bieżącej	0,68	0,78	0,83
		Kategoria	C	C	C
5	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-13,46%	-6,78%	-5,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,19	1,08	1,04
		Wskaźnik płynności bieżącej	0,48	0,72	0,75
		Kategoria	C	C	C
6	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-2,86%	26,88%	-15,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,03	1,06	1,18
		Wskaźnik płynności bieżącej	0,28	0,64	0,36
		Kategoria	C	C	C
7	Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	2,37%	2,99%	0,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	0,98	0,99	1,01
		Wskaźnik płynności bieżącej	5,31	5,98	4,72
		Kategoria	A	A	B
8	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 1 im. prof. J. Gasińskiego w Tychach	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-12,38%	-3,01%	-16,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,15	1,05	1,15
		Wskaźnik płynności bieżącej	0,35	0,47	0,27
		Kategoria	C	C	C

9	Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. dr J. Daaba w Piekarach Śląskich	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-3,27%	5,91%	-5,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,03	0,95	1,02
		Wskaźnik płynności bieżącej	1,06	1,48	0,97
		Kategoria	B	A	B
10	Wojewódzki Szpital Zespolony im. prof. dr W. Ormowskiego w Częstochowie	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-8,61%	7,13%	-19,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,08	1	1,21
		Wskaźnik płynności bieżącej	0,27	0,74	0,38
		Kategoria	C	C	C
11	Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Bytomiu	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-1,04%	7,16%	-4,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,07	0,98	1,07
		Wskaźnik płynności bieżącej	0,83	1,44	1,59
		Kategoria	B	A	B
12	Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	5,37%	3,82%	-31,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,08	0,99	1,33
		Wskaźnik płynności bieżącej	2,87	3,67	3,03
		Kategoria	B	A	C
13	Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	0,15%	0,02%	-2,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1	1,05	1,06
		Wskaźnik płynności bieżącej	0,84	0,8	0,49
		Kategoria	B	B	C
14	Centrum Psychiatrii w Katowicach	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-5,82%	-6,26%	-8,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,07	1,12	1,08
		Wskaźnik płynności bieżącej	0,56	0,5	0,43
		Kategoria	C	C	C
15	Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr E. Cyrana w Lublińcu	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-13,03%	-3,65%	4,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,15	1,1	1,01
		Wskaźnik płynności bieżącej	0,53	0,73	0,77
		Kategoria	C	C	C
16	Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-6,49%	-9,37%	-13,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,07	1,13	1,14
		Wskaźnik płynności bieżącej	0,74	0,69	0,52
		Kategoria	C	C	C
17	Szpital Psychiatryczny w Toszku	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-5,70%	6,36%	8,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,07	0,98	0,96
		Wskaźnik płynności bieżącej	0,53	0,88	0,92
		Kategoria	C	B	B
18	Wojewódzki Ośrodek Reumatologiczno-Rehabilitacyjny w Goczałkowicach Zdroju	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-3,26%	0,42%	-20,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,01	1,12	1,17
		Wskaźnik płynności bieżącej	0,42	0,38	0,29
		Kategoria	C	C	C

19	Górnośląskie Centrum Rehabilitacji "Repty" im. gen. J. Ziętka w Tarnowskich Górach	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-4,99%	-6,92%	-13,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,07	1,11	1,15
		Wskaźnik płynności bieżącej	1,13	1,35	1,00
		Kategoria	B	C	C
20	Śląski Szpital Reumatologiczno-Rehabilitacyjny w Ustroniu	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	0,89%	8,43%	0,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	0,98	0,93	1,09
		Wskaźnik płynności bieżącej	2,66	4,50	2,74
		Kategoria	A	A	B
21	Górnośląski Ośrodek Rehabilitacji Dzieci im. dr A. Szebesty w Rabce Zdroju	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-9,76%	76,66%	-9,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,19	1,12	1,09
		Wskaźnik płynności bieżącej	0,27	0,45	0,36
		Kategoria	C	C	C
22	Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-0,68%	7,67%	-2,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,80	1,53	1,57
		Wskaźnik płynności bieżącej	0,76	1,4	1,33
		Kategoria	C	C	C
23	Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-2,13%	1,00%	2,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,04	0,99	1,00
		Wskaźnik płynności bieżącej	3,14	2,25	3,29
		Kategoria	B	A	B
24	Wojewódzkie Centrum Pediatrii "Kubalonka" w Istebnej	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-0,34%	10,74%	2,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,13	1,00	1,21
		Wskaźnik płynności bieżącej	0,30	0,30	0,29
		Kategoria	C	C	C
25	Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-1,04%	2,54%	3,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,03	0,98	1,01
		Wskaźnik płynności bieżącej	1,03	1,70	1,77
		Kategoria	B	A	B
26	Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	0,29%	1,08%	1,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,01	1,00	0,89
		Wskaźnik płynności bieżącej	2,45	2,31	3,10
		Kategoria	B	B	A
27	Rejonowe Pogotowie Ratunkowe w Sosnowcu	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-2,84%	0,20%	15,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,02	1,01	0,86
		Wskaźnik płynności bieżącej	1,29	0,97	1,34
		Kategoria	B	B	A

Źródło: opracowanie własne

W wyniku oceny finansowej jednostki strategiczne wg stanu na 30.06.2009r. zaklasyfikowane zostały do:

kategorii **A** – 2 jednostki,

kategorii **B** – 7 jednostek,

kategorii **C** – 18 jednostek.

Tabela 18

Ocena sytuacji finansowej regionalnych zakładów opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie

Lp.	Nazwa Jednostki	Wskaźnik	Lata		
			2007	2008	VI / 2009
1	Szpital Specjalistyczny w Zabrze	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-0,18%	13,74%	1,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,06	0,92	1,02
		Wskaźnik płynności bieżącej	0,69	1,79	2,11
		Kategoria	C	A	B
2	Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-5,23%	-3,64%	-20,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,05	1,00	1,19
		Wskaźnik płynności bieżącej	0,42	0,64	0,29
		Kategoria	C	C	C
3	Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-1,42%	-3,98%	-6,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,09	1,04	1,08
		Wskaźnik płynności bieżącej	0,62	0,74	0,70
		Kategoria	C	B	C
4	Szpital Chorób Wewnętrznych "Hutniczy" w Częstochowie	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	10,45%	22,74%	-17,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	0,90	0,89	1,19
		Wskaźnik płynności bieżącej	0,50	1,01	0,46
		Kategoria	C	A	C
5	Szpital Chorób Płuc w Orzeszu	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-3,05%	-0,68%	-21,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,03	1,02	1,22
		Wskaźnik płynności bieżącej	0,48	0,78	0,51
		Kategoria	C	C	C
6	Szpital Chorób Płuc i Gruźlicy im. św. Józefa w Pilchowicach	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-2,54%	6,42%	-4,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,01	0,94	1,07
		Wskaźnik płynności bieżącej	0,94	1,76	1,51
		Kategoria	B	A	B
7	Szpital Chorób Płuc w Siewierzu	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-12,32%	-4,51%	-15,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,14	1,04	1,18
		Wskaźnik płynności bieżącej	0,61	1,23	0,89
		Kategoria	C	B	C

8	Zakład Pulmonologii w Tarnowskich Górach	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	6,02%	12,68%	8,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	0,95	0,89	0,94
		Wskaźnik płynności bieżącej	2,71	3,25	4,81
		Kategoria	A	A	A
9	Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im. dr A. Pawelca w Wodzisławiu Śląskim	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-1,08%	10,78%	-11,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	0,99	0,98	1,14
		Wskaźnik płynności bieżącej	0,24	0,28	0,22
		Kategoria	C	C	C
10	Psychiatryczny Zakład Opiekuńczo-Lecniczy w Międzybrodziu Bialskim	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-7,53%	-0,04%	-2,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	4,68	1,00	1,02
		Wskaźnik płynności bieżącej	0,86	0,98	0,83
		Kategoria	C	B	B
11	Beskidzki Zespół Lecznico-Rehabilitacyjny Szpital Opieki Długoterminowej w Jaworzu	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	13,58%	9,30%	11,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	0,88	0,94	0,91
		Wskaźnik płynności bieżącej	2,61	2,48	1,49
		Kategoria	A	A	A
12	Śląskie Centrum Rehabilitacji w Ustroniu	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	0,16%	-2,98%	-4,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,01	1,03	1,04
		Wskaźnik płynności bieżącej	1,07	1,09	0,95
		Kategoria	B	B	B
13	Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo-Lecniczy w Gorzycach	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	0,89%	-1,46%	0,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,06	1,03	1,00
		Wskaźnik płynności bieżącej	1,56	1,46	1,48
		Kategoria	B	B	B
14	Ośrodek Terapii Uzależnień od Alkoholu w Parzymiechach	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-4,92%	0,59%	10,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,00	0,99	1,00
		Wskaźnik płynności bieżącej	1,02	1,05	1,53
		Kategoria	B	A	B
15	Dziecięcy Ośrodek Lecznico-Rehabilitacyjny "Bucze" w Górkach Wielkich	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	51,49%	0,25%	-1,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	9,65	1,01	1,11
		Wskaźnik płynności bieżącej	3,36	36,31	14,95
		Kategoria	A	B	C
16	Ośrodek Lecznico-Rehabilitacyjny dla Dzieci w Kamieńcu Zbroslawicach	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	29,43%	109,09%	28,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	0,84	0,81	0,78
		Wskaźnik płynności bieżącej	5,94	13,29	9,14
		Kategoria	A	A	A

17	Ośrodek Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży w Orzeszu	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-11,61%	-5,60%	3,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,21	1,10	1,03
		Wskaźnik płynności bieżącej	2,04	2,43	2,65
		Kategoria	C	C	B
18	Wojewódzki Zespół Ochrony Zdrowia Matki, Dziecka i Młodzieży w Katowicach	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	0,49%	11,57%	14,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,00	0,90	0,90
		Wskaźnik płynności bieżącej	3,86	3,83	5,24
		Kategoria	B	A	A
19	Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	2,21%	11,13%	3,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	0,97	0,93	0,99
		Wskaźnik płynności bieżącej	3,79	4,70	4,23
		Kategoria	A	A	A
20	Zakład Diagnostyki Obrazowej w Sosnowcu	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	11,91%	5,76%	22,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,08	0,96	0,81
		Wskaźnik płynności bieżącej	2,82	12,76	14,79
		Kategoria	B	A	A
21	Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Katowicach	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	2,12%	1,41%	7,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	0,99	0,99	0,91
		Wskaźnik płynności bieżącej	2,15	2,24	2,62
		Kategoria	A	A	A
22	Wojewódzkie Zakłady Ortopedyczne w Bytomiu	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	6,56%	4,27%	11,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	0,96	1,04	0,95
		Wskaźnik płynności bieżącej	9,33	9,13	11,49
		Kategoria	A	B	A

Źródło: opracowanie własne

W wyniku oceny finansowej jednostki regionalne wg stanu na 30.06.2009r. zaklasyfikowane zostały do:

kategorii **A** – 8 jednostek,

kategorii **B** – 7 jednostek,

kategorii **C** – 7 jednostek.

Tabela 19

Ocena sytuacji finansowej lokalnych zakładów opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie

Lp.	Nazwa Jednostki	Wskaźnik	Rok		
			2007	2008	VI / 2009
1	Obwód Lecznictwa Kolejowego w Gliwicach	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	2,43%	7,94%	13,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	0,98	0,94	0,89
		Wskaźnik płynności bieżącej	2,35	3,15	4,35
		Kategoria	A	A	A
2	Obwód Lecznictwa Kolejowego w Katowicach	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-7,12%	174,62%	23,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,09	0,99	1,02
		Wskaźnik płynności bieżącej	0,10	0,29	0,35
		Kategoria	C	C	C
3	Obwód Lecznictwa Kolejowego w Sosnowcu	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-18,72%	49,72%	8,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,10	0,94	0,90
		Wskaźnik płynności bieżącej	0,24	0,34	0,29
		Kategoria	C	C	C
4	Obwód Lecznictwa Kolejowego w Tarnowskich Górach	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	8,94%	5,86%	12,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,05	0,97	0,91
		Wskaźnik płynności bieżącej	0,36	0,82	1,20
		Kategoria	C	B	A
5	Obwód Lecznictwa Kolejowego w Bielsku-Białej	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	33,07%	4,21%	-1,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,08	0,96	1,01
		Wskaźnik płynności bieżącej	2,14	1,01	1,09
		Kategoria	A	A	B
6	Wojewódzki Zakład Opieki nad Matką, Dzieckiem i Młodzieżą w Częstochowie	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	-2,49%	3,40%	14,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	1,01	0,96	0,88
		Wskaźnik płynności bieżącej	0,46	0,92	1,39
		Kategoria	C	B	A
7	Wojewódzka Specjalistyczna Przychodnia Stomatologiczna w Katowicach	Rentowność = wynik finansowy netto-wynik zdarzeń nadzwyczajnych/przychody netto ze sprzedaży	6,34%	8,01%	10,00%
		Koszty/przychody=koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	0,94	0,93	0,91
		Wskaźnik płynności bieżącej	6,33	10,00	12,70
		Kategoria	A	A	A

Źródło: opracowanie własne

W wyniku oceny finansowej jednostki lokalne wg stanu na 30.06.2009r zaklasyfikowane zostały do:

kategorii **A** – 4 jednostki,

kategorii **B** – 1 jednostka,

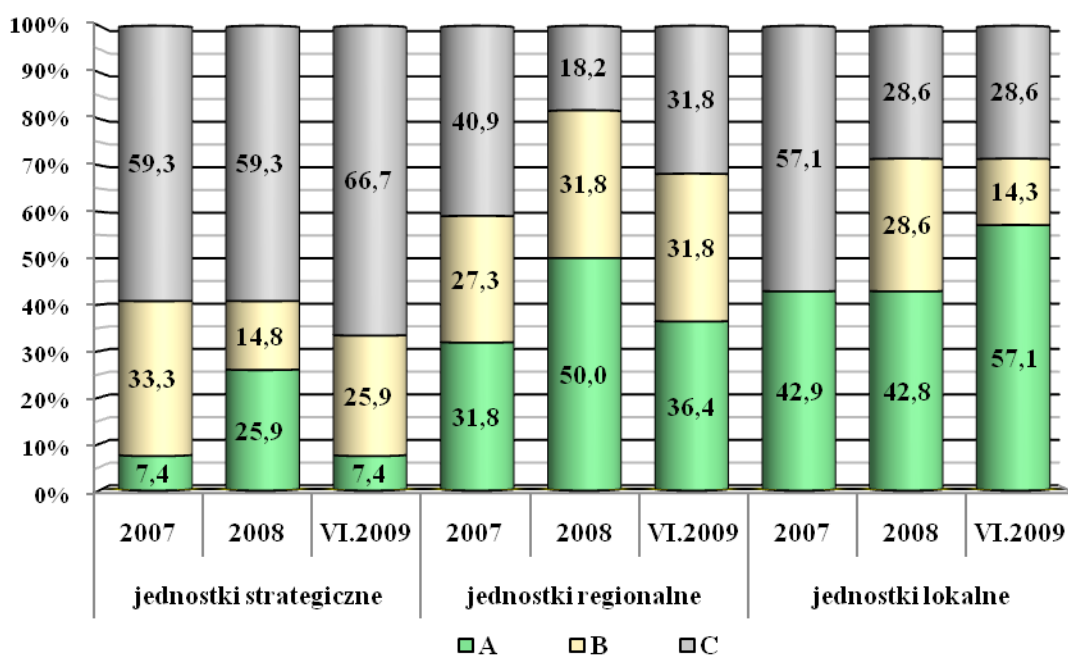
kategorii **C** – 2 jednostki.

Sytuacja finansowa wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia ulegała zmianom na przestrzeni ostatnich trzech lat. W związku z powyższym, zmianie ulegała również ich kategoria oceny w przyjętej skali **ABC**.

Kształtowanie się liczby jednostek strategicznych, regionalnych i lokalnych uporządkowanych według kategorii oceny sytuacji finansowej – **ABC** przedstawia wykres 12.

Wykres 12

Struktura jednostek strategicznych, regionalnych i lokalnych wg kategorii oceny finansowej ABC w latach 2007 – VI.2009 (w %)



Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z przeprowadzonej analizy, sytuacja jednostek ujętych w „Kierunkach” jako strategiczne w latach 2007-2009 nie wykazywała stałej tendencji. Po chwilowej poprawie w roku 2008, w I półroczu roku 2009 sytuacja finansowa tej grupy jednostek ponownie się pogorszyła. Tym samym wg stanu na koniec czerwca br. tylko 2 szpitale (7,4%) z tej grupy otrzymały najwyższą ocenę (kategoria A), a 66,7% oceniono na poziomie kategorii C.

Na tym tle sytuacja jednostek regionalnych wygląda nieco bardziej korzystnie. Pomimo pewnego pogorszenia sytuacji w bieżącym roku, jednostki regionalne sklasyfikowane zostały niemal w równych proporcjach w każdej z kategorii oceny. Na odnotowanie zasługuje fakt przypisania w I połowie 2009r. ponad 36% jednostek z tej grupy do najwyższej kategorii oceny. W 2008 roku tak wysoką notę otrzymała połowa jednostek. Znacznie mniej podmiotów, niż w przypadku jednostek strategicznych, otrzymało kategorię C (32%). Tym razem również obserwujemy poprawę sytuacji w stosunku do roku 2007, ale pogorszenie w stosunku do roku 2008.

Jednostki lokalne w zakresie oceny finansowej wypadają najkorzystniej. Na koniec czerwca br. 57,1% z nich otrzymało kategorię A, a niespełna 29% kategorię C. W stosunku do roku 2007 liczba jednostek zaliczonych do najniższej kategorii zmalała o połowę. W odróżnieniu od jednostek strategicznych i regionalnych sp. z o.o. o charakterze lokalnym nie odnotowały pogorszenia sytuacji finansowej w bieżącym roku. Liczba jednostek z najwyższą kategorią oceny wzrosła w stosunku do ubiegłego roku o ponad 14%.

8. Proponowane działania procesu restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie

Warunkiem koniecznym do podjęcia działań restrukturyzacyjnych będzie uregulowanie spraw własnościowych wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia.

Do jednostek z uregulowanym stanem własnościowym w zależności od zaliczenia do danej grupy jednostek (strategicznych, regionalnych, lokalnych) możliwe będzie podjęcie działań restrukturyzacyjnych, zgodnie z proponowanymi kierunkami przekształceń.

I. JEDNOSTKI STRATEGICZNE

W odniesieniu do jednostek strategicznych proponuje się następujące kierunki restrukturyzacji:

1. W przypadku pokrywania się profilu działania jednostek i ich obszaru terytorialnego możliwe będzie połączenie z innym zakładem, prowadzonym przez Województwo Śląskie – **konsolidacja**^{x/}. Po przeprowadzeniu analizy finansowej nowo utworzonej jednostki i nadaniu jej kategorii kondycji finansowej **A B C**, istnieje możliwość zastosowania wobec niej jednej z przedstawionych poniżej ścieżek restrukturyzacji.
2. W przypadku niepokrywania się profilu działania jednostek i ich obszaru terytorialnego, po dokonaniu oceny ich sytuacji finansowej proponuje się następujące rozwiązania (ścieżki restrukturyzacji):

2.1. Jednostki zaklasyfikowane do kategorii A lub B

2.1.1. Przekształcenie w *spółkę prawa handlowego ze 100 % udziałem Województwa Śląskiego*,

2.1.2. Zachowanie obecnej formuły organizacyjnej **samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej**, w szczególności w przypadku zakładów ochrony zdrowia świadczących usługi medyczne w zakresie ważnych funkcji zabezpieczenia zdrowotnego, o specjalistycznym (wąskim) profilu (np. usługi ratownictwa medycznego, transportu sanitarnego), ograniczonych możliwościach świadczenia usług o charakterze komercyjnym, posiadających równocześnie ustabilizowaną pozycję konkurencyjną oraz finansowo – ekonomiczną. Dla grupy tych jednostek, do czasu wprowadzenia regulacji prawnych likwidujących formę działania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, wskazuje się konieczność przeprowadzenia procesów restrukturyzacyjnych wewnątrz organizacji, celem utrzymania dobrych wyników ekonomicznych oraz umocnienia pozycji konkurencyjnej na rynku świadczeń medycznych. W przypadku zaistnienia przesłanek przekształceniowych (np. osłabienie pozycji konkurencyjnej, nowe możliwości świadczenia usług na zasadach komercyjnych, trwałe pogorszenie sytuacji finansowej – niekorzystna analiza wskaźnikowa^{xx/}) jednostka sklasyfikowana zostanie wg kategorii finansowej **A B C** i w zależności od osiągniętych wyników poddana wskazanym procesom restrukturyzacji.

x/ Słowniczek terminów i pojęć

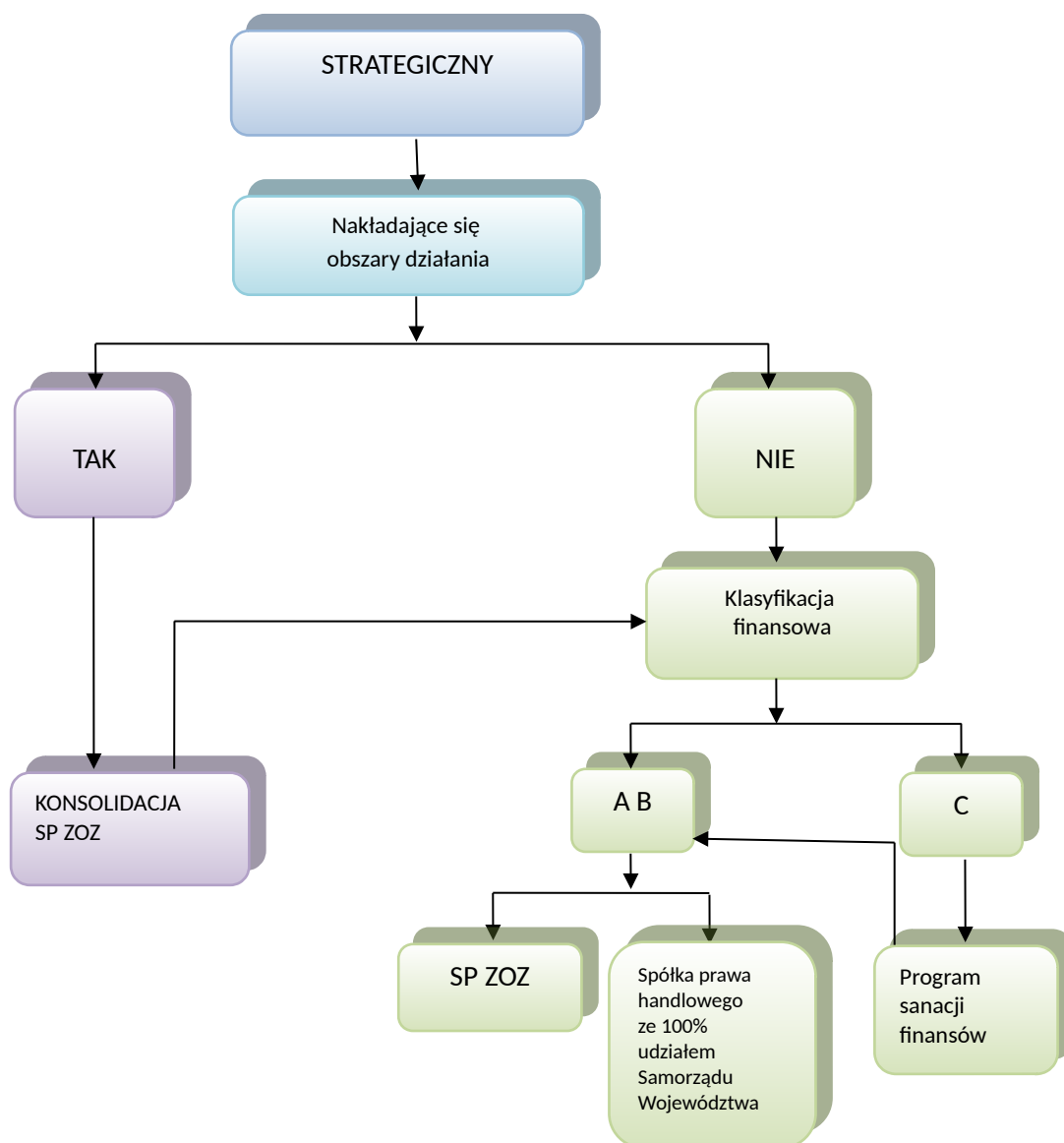
xx/ Wojewódzkie sp zoz oceniane są wg przyjętych wskaźników ekonomicznych: rentowności, poziomu kosztów i płynności finansowej, za okres trzech ostatnich lat

2.2. Jednostki zaklasyfikowane do kategorii C

2.2.1 Opracowanie **programu sanacji finansów** (realizacja przyjętych programów naprawczych, w celu „wewnętrznej” restrukturyzacji każdego zakładu), po poprawie sytuacji finansowej przyjęcie kierunków restrukturyzacji przewidzianych dla kategorii **A** lub **B**.

Kierunki restrukturyzacji przyjęte dla jednostek strategicznych Samorządu Województwa obrazuje poniższy schemat.

Schemat kierunków restrukturyzacji wojewódzkich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej o charakterze strategicznym



A B A – jednostka zdolna do przekształcenia,
B – jednostka mogąca podlegać przekształceniu po poprawie sytuacji finansowej

C Konieczna sanacja finansów jednostki

Źródło: opracowanie własne

II. JEDNOSTKI REGIONALNE

Do określenia kierunków restrukturyzacji jednostek regionalnych proponuje się podział tych jednostek na 3 grupy:

1. **LECZNICTWO OTWARTE** (3 jednostki),
2. **LECZNICTWO ZAMKNIĘTE** (17 jednostek),
3. **INNE** (2 jednostki).

Podjmując indywidualne decyzje dotyczące restrukturyzacji jednostek regionalnych zasadne jest w pierwszej kolejności ustalenie, które z zakładów mają znaczenie wiodące i powinny nadal być prowadzone przez Województwo Śląskie. W odniesieniu do takich jednostek można rozważyć ich przekształcenie w spółki prawa handlowego ze 100% udziałem Samorządu Województwa, szczególnie dotyczy to podmiotów mających realne możliwości generowania zysku.

W odniesieniu do jednostek, które nie muszą być prowadzone przez Województwo Śląskie należy rozważyć ich przekształcenie w spółki prawa handlowego – spółki pracownicze, tj. utworzone przez pracowników zakładów z zamiarem kontynuacji dotychczas prowadzonej działalności lub inną formę przekształceń własnościowych, zgodnie z obowiązującą procedurą prawną.

W przypadku niewystępowania przesłanek koniecznych do podjęcia działań przekształceniowych (tj. m.in. potrzeby świadczenia usług zdrowotnych poza realizowanym dotychczas kontraktem z Narodowym Funduszem Zdrowia, pojawienia się możliwości świadczenia nowych usług medycznych na zasadach komercyjnych, osłabienia pozycji konkurencyjnej, niestabilnej kondycji finansowej, nieefektywnego zarządzania), jednostka może działać nadal jako **samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej**, do czasu wyczerpania się tej formuły organizacyjnej.

Podobnie jak w odniesieniu do jednostek strategicznych, dla tej grupy proponuje się przeprowadzenie „wewnętrznej” restrukturyzacji, która ma zagwarantować utrzymanie dobrej pozycji konkurencyjnej i ekonomicznej jednostki.

Warunkiem koniecznym do zachowania obecnej formuły działania jednostek regionalnych jako samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, nadzorowanych przez Samorząd Województwa, będzie osiąganie przez nie dobrych wyników finansowych. Dlatego też wskazuje się na konieczność analizy wskaźnikowej kondycji finansowej tych jednostek i ich klasyfikacji wg kategorii **A B C**. W przypadku zaklasyfikowania jednostki do kategorii **C**, jeżeli nadal zasadne jest prowadzenie jej w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, musi ona zostać poddana **programowi sanacji finansów**.

W sytuacji zaistnienia przesłanek przekształceniowych, samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w zależności od wyznaczonej ścieżki restrukturyzacji, może zostać przekształcony w **spółkę pracowniczą** lub poddany **innej formie przekształceń własnościowych**.

Podjęcie procesu przekształcenia konkretnej jednostki wymagać będzie indywidualnego podejścia i oceny. Kryteria oceny stanowić będą:

- jakość i zakres świadczonych usług,
- zasięg terytorialny działania,
- specjalizacja w określonych dziedzinach działalności,
- kondycja finansowa,
- wielkość zatrudnienia.

LECZNICTWO OTWARTE

1. Dla grupy jednostek **lecznictwa otwartego** przyjmuje się następujące kierunki restrukturyzacji:

1.1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (restrukturyzacja wewnętrzna) – funkcjonuje do czasu wyczerpania się tej formy organizacyjnej lub osiągnięcia przez jednostkę dobrych wyników ekonomiczno – finansowych.

W przypadku zaistnienia przesłanek przekształceniowych, jednostka może zostać przekształcona w **spółkę pracowniczą** lub **poddana innej formie przekształceń własnościowych**. Jeżeli jednostka zaklasyfikowana zostanie do kategorii **C** i będą istnieć przesłanki uzasadniające dalsze funkcjonowanie sp zoz koniecznym będzie przeprowadzenie procesu sanacji finansów – program naprawczy.

1.2. Przekształcenie zakładu w spółkę pracowniczą

1.3. Inna forma przekształceń własnościowych:

1.3.1. przekształcenie zakładu w *spółkę prawa handlowego ze 100% udziałem Samorządu Województwa*,

1.3.2. Przekazanie zakładu *inwestorowi zewnętrznemu*:

- sprzedaż lub dzierżawa/najem/leasing składników majątku zakładu, połączona z przejęciem pracowników i cesją kontraktu z Narodowego Funduszu Zdrowia,
- sprzedaż udziałów spółki prawa handlowego ze 100% udziałem Samorządu Województwa, powstałej po przekształceniu sp zoz,

1.3.3. Przekazanie zakładu *jednostce samorządu terytorialnego lub innej jednostce sektora finansów publicznych* (przekazanie funkcji organu założycielskiego powinno być związane z przekazaniem majątku zakładu, w tym nieruchomości).

LECZNICTWO ZAMKNIĘTE

2. Dla grupy jednostek **lecznictwa zamkniętego** przyjętym kryterium jest wielkość zatrudnienia:

- poniżej 100 pracowników,
- powyżej 100 pracowników.

Próg zatrudnienia poniżej 100 pracowników, przyjęty przy zakładaniu spółek pracowniczych uwarunkowany jest m.in. przesłankami ekonomicznymi i społecznymi. W spółkach takich zatrudnione osoby identyfikują się z miejscem pracy i czują się jego współwłaścicielami. Jest to możliwe w stosunkowo niewielkich zakładach, posiadających niewielki majątek. Spółka pracownicza przybiera najczęściej formę spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, która jest łatwiejsza w zarządzaniu i mniej kosztowna, z uwagi na mniejszą liczbę organów zarządzających.

Wyznaczone ścieżki restrukturyzacji:

2.1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (restrukturyzacja wewnętrzna) – funkcjonuje do czasu wyczerpania się tej formy organizacyjnej lub osiągnięcia przez jednostkę dobrych wyników ekonomiczno – finansowych.

W przypadku zaistnienia przesłanek przekształceniowych, jednostka może zostać przekształcona w **spółkę pracowniczą** lub **poddana innej formie przekształceń własnościowych**. Jeżeli jednostka zaklasyfikowana zostanie do kategorii **C** i będą istnieć

przesłanki uzasadniające dalsze funkcjonowanie sp zoz koniecznym będzie przeprowadzenie procesu sanacji finansów – program naprawczy.

2.2. Po zakwalifikowaniu do grupy jednostek **powyżej 100 pracowników** możliwe jest:

2.2.1. **Inna forma** przekształceń własnościowych:

2.2.1.1. Przekształcenie zakładu w *spółkę prawa handlowego ze 100% udziałem Samorządu Województwa*,

2.2.1.2. Przekazanie zakładu *inwestorowi zewnętrznemu*:

- sprzedaż lub dzierżawa/najem/leasing składników majątku zakładu, połączona z przejęciem pracowników i cesją kontraktu z Narodowego Funduszu Zdrowia,
- sprzedaż udziałów spółki prawa handlowego ze 100% udziałem Samorządu Województwa, powstałej po przekształceniu sp zoz,

2.2.1.3. Przekazanie zakładu *jednostce samorządu terytorialnego lub innej jednostce sektora finansów publicznych* (przekazanie funkcji organu założycielskiego powinno być związane z przekazaniem majątku zakładu, w tym nieruchomości).

2.3. W przypadku zakwalifikowania do kategorii jednostek **poniżej 100 pracowników** proponuje się następujące kierunki restrukturyzacji:

2.3.1. Przekształcenie zakładu w ***spółkę pracowniczą***,

2.3.2. **Inna forma** przekształceń własnościowych:

2.3.2.1. Przekształcenie zakładu w *spółkę prawa handlowego ze 100% udziałem Samorządu Województwa*,

2.3.2.2. Przekazanie zakładu *inwestorowi zewnętrznemu*:

- sprzedaż lub dzierżawa/najem/leasing składników majątku zakładu, połączona z przejęciem pracowników i cesją kontraktu z Narodowego Funduszu Zdrowia,
- sprzedaż udziałów spółki prawa handlowego ze 100% udziałem Samorządu Województwa, powstałej po przekształceniu sp zoz,

2.3.2.3. Przekazanie zakładu *jednostce samorządu terytorialnego lub innej jednostce sektora finansów publicznych* (przekazanie funkcji organu założycielskiego powinno być związane z przekazaniem majątku zakładu, w tym nieruchomości).

INNE JEDNOSTKI

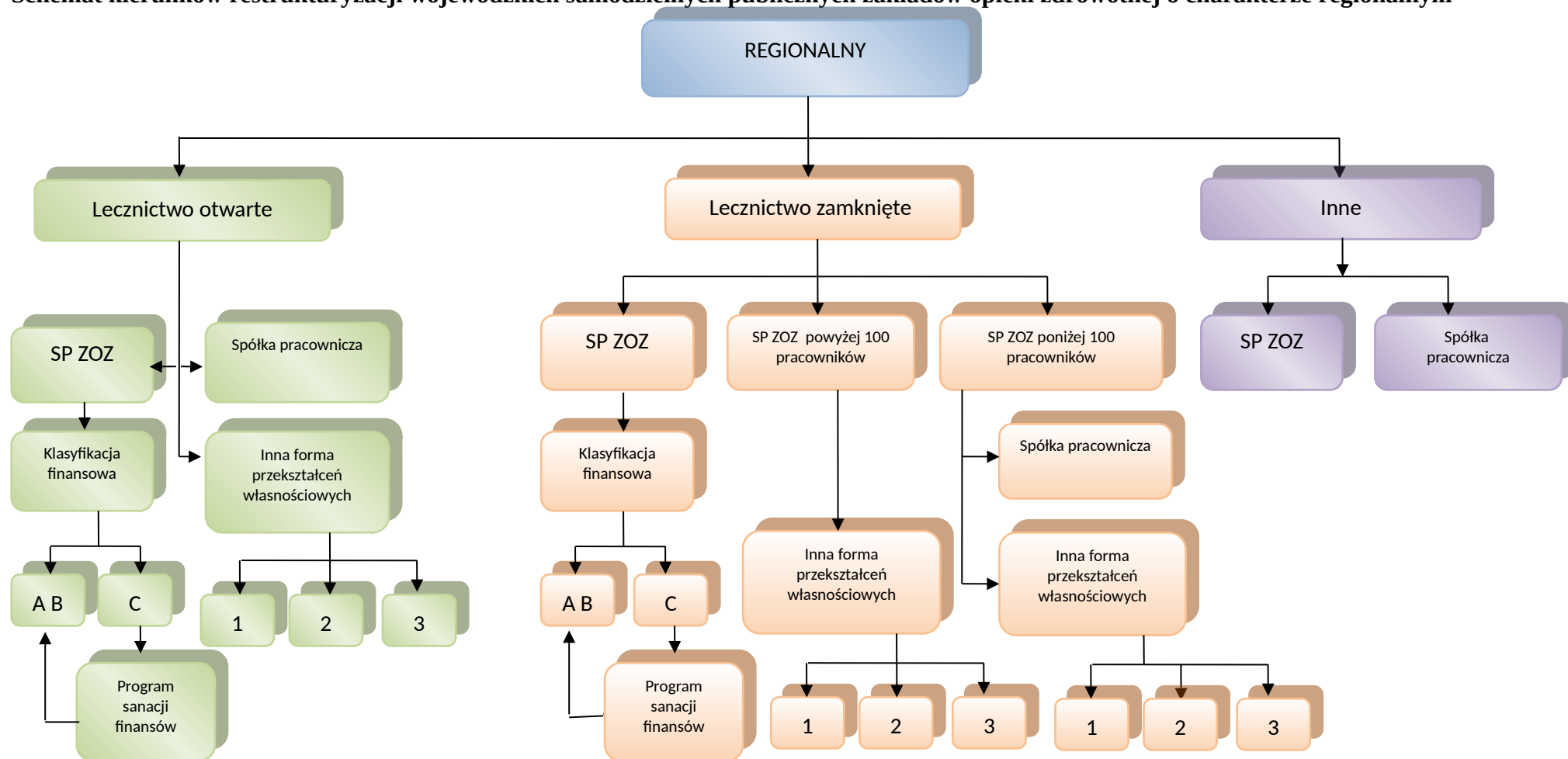
3. Dla grupy jednostek regionalnych zaliczonych do grupy **inne** przyjmuje się dwa kierunki restrukturyzacji.

3.1. **Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej** - po wyczerpaniu tej formy organizacyjno-prawnej istnieje możliwość przekształcenia jednostki w podmiot sektora finansów publicznych (np. jednostkę budżetową).

3.2. Przekształcenie zakładu w ***spółkę pracowniczą***.

Kierunki restrukturyzacji przyjęte dla jednostek Samorządu Województwa o charakterze regionalnym obrazuje poniższy schemat.

Schemat kierunków restrukturyzacji wojewódzkich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej o charakterze regionalnym



1

Spółka prawa handlowego ze 100% udziałem Samorządu Województwa

2

Przekazanie inwestorowi zewnętrznemu

3

Przekazanie jednostce samorządu terytorialnego lub innej jednostce sektora finansów publicznych

Źródło: opracowanie własne

A B

B

A – jednostka zdolna do przekształcenia,
B – jednostka mogąca podlegać przekształceniu po poprawie sytuacji finansowej

C

Konieczna sanacja finansów jednostki

III. JEDNOSTKI LOKALNE

W odniesieniu do jednostek lokalnych przyjmuje się następujące kierunki restrukturyzacji:

1. Przekształcenie zakładu w **spółkę pracowniczą**,

2. **Inna forma** przekształceń własnościowych:

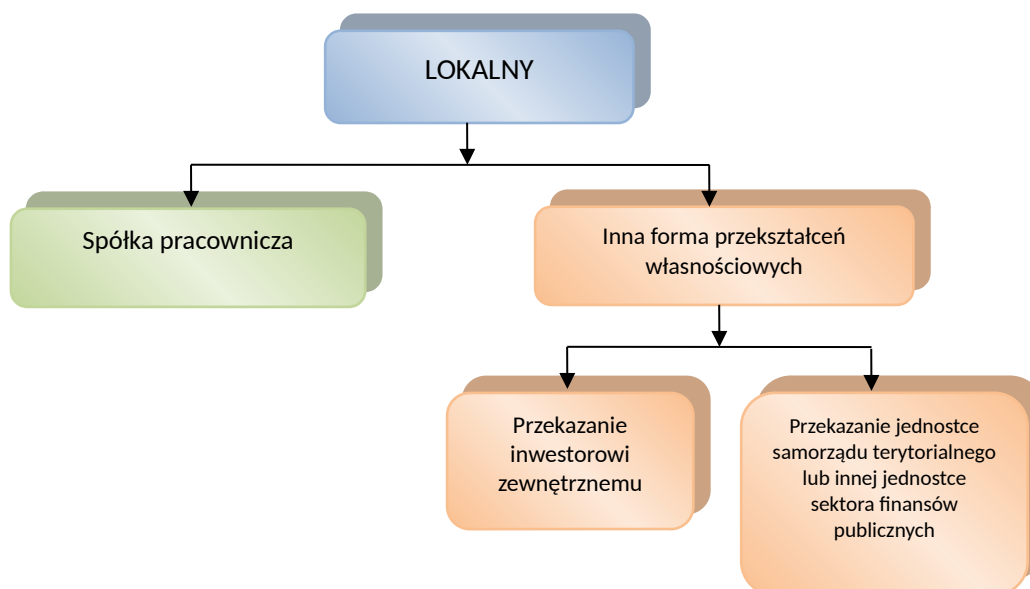
2.1. Przekazanie zakładu *inwestorowi zewnętrznemu*:

- sprzedaż lub dzierżawa/najem/leasing składników majątku zakładu, połączona z przejęciem pracowników i cesją kontraktu z Narodowego Funduszu Zdrowia,
- sprzedaż udziałów spółki prawa handlowego ze 100% udziałem Samorządu Województwa, powstałej po przekształceniu sp zoz,

2.2. Przekazanie zakładu *jednostce samorządu terytorialnego lub innej jednostce sektora finansów publicznych* (przekazanie funkcji organu założycielskiego powinno być związane z przekazaniem majątku zakładu, w tym nieruchomości).

Kierunki restrukturyzacji proponowane dla jednostek lokalnych Samorządu Województwa obrazuje poniższy schemat.

Schemat kierunków restrukturyzacji wojewódzkich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej o charakterze lokalnym



Źródło: opracowanie własne

PODSTAWOWE INFORMACJE O MOŻLIWYCH DO ZASTOSOWANIA FORMACH ZMIAN ORGANIZACYJNYCH:

1. Planując przekazanie zakładu do prowadzenia tzw. spółce pracowniczej^{x/} należy mieć na uwadze następujące okoliczności:

- 1) Utworzenie spółki pracowniczej powinno nastąpić z inicjatywy możliwie największej grupy pracowników danego zakładu,
- 2) Udostępnienie spółce pracowniczej majątku zakładu powinno gwarantować ciągłość świadczeń medycznych, dlatego zasadne jest zastosowanie następującej formy:
 - a) dzierżawa nieruchomości i sprzętu medycznego o dużej wartości – z możliwością jej wypowiedzenia w razie zaprzestania działalności w zakresie lecznictwa,
 - b) sprzedaż pozostałego sprzętu i wyposażenia, z ewentualnym zastrzeżeniem prawa odkupu,
 - c) udostępnienie spółce pracowniczej składników majątku nastąpi na zasadach określonych w odrębnych przepisach i uchwałach Sejmiku Województwa Śląskiego.
- 3) Spółka pracownicza może skutecznie prowadzić mniejsze zakłady opieki zdrowotnej, w szczególności niewymagające zaangażowania znacznego kapitału, gdzie istotną rolę odgrywa kapitał ludzki.

2. Przekształcenie polegające na zmianie formy prawnej prowadzenia zakładu w spółkę prawa handlowego wymaga jego likwidacji, zatem konieczne jest zabezpieczenie środków finansowych na spłatę zobowiązań likwidowanego zakładu. Likwidacja wiąże się z koniecznością przejęcia zobowiązań zakładu, poniesienia kosztów likwidacji, w tym ewentualnych odpraw dla zwalnianych pracowników. Brak środków finansowych może wykluczyć z przekształceń jednostki o wysokim poziomie zadłużenia.

Przekształcenie zakładu w spółkę prawa handlowego przyczyni się do poprawy jego funkcjonowania poprzez:

- przejrzysty nadzór właścicielski, sprawowany głównie przez radę nadzorczą spółki oraz zgromadzenie wspólników,
- efektywny sposób zarządzania zakładem - zarząd spółki kieruje działalnością spółki i podlega odpowiedzialności określonej przepisami Kodeksu spółek handlowych,
- przejrzystą gospodarkę finansową oraz możliwość uzyskiwania przychodów z dodatkowych źródeł,
- możliwość skorzystania przez spółkę kapitałową, zagrożoną niewypłacalnością z przepisów o postępowaniu naprawczym,
- możliwość dokapitalizowania spółki przez właściciela spółki w przypadku trudności finansowych,
- możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych na zasadach komercyjnych.

^{x/} **Spółka pracownicza** - spółka prawa handlowego z większościowym udziałem pracowników, w której:

- udziały zaoferowano do objęcia wszystkim pracownikom samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej zatrudnionym w zakładzie przynajmniej na 1 rok przed datą zawiązania spółki,
- gotowość zatrudnienia w niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej utworzonym przez spółkę wyraziło minimum 51% pracowników sp zoz,
- co najmniej 51% udziałów w spółce obejmą pracownicy sp zoz i te osoby będą miały decydujący wpływ na działalność jej organów

3. Analizując przekazanie zakładu do prowadzenia innemu podmiotowi (inwestorowi zewnętrznemu), należy wziąć pod uwagę następujące okoliczności:

- 1) Przekazanie zakładu może nastąpić w dwóch formach:**
 - a)** sprzedaż udziałów w spółce wojewódzkiej prowadzącej zakład (po uprzednim przekształceniu sp zoz w spółkę prawa handlowego) – w efekcie nabywca otrzymuje w pełni funkcjonujący zakład,
 - b)** sprzedaż lub dzierżawa/najem/leasing składników majątku zakładu, połączona z przejściem pracowników i cesją kontraktu z NFZ – nabywca zakładu będzie musiał utworzyć własny niepubliczny zakład opieki zdrowotnej w celu kontynuowania działalności medycznej,
- 2) Wyłonienie inwestora powinno nastąpić w procedurze przetargowej (konkurencyjnej), przed wszczęciem procedury mającej wyłonić nabywcę zakładu konieczne jest wstępne ustalenie takich warunków zbycia, które będą możliwe do przyjęcia przez potencjalnych inwestorów.**

4. Analizując możliwość przekazania prowadzenia zakładu innej jednostce samorządu terytorialnego lub innej jednostce sektora finansów publicznych (np. akademii medycznej), należy mieć na uwadze następujące okoliczności:

- 1) Przekazanie zakładu wymaga zgody jednostki samorządu terytorialnego lub innej jednostki sektora finansów publicznych, która będzie pełnić funkcję organu założycielskiego, a także zawarcia porozumienia określającego szczegółowe warunki przekazania jednostki,**
- 2) Przekazanie funkcji organu założycielskiego powinno być związane z przekazaniem majątku zakładu, w tym nieruchomości (racjonalne może być zatem pozbawienie takiego zakładu tych składników majątku, które nie są konieczne dla jego działalności statutowej),**
- 3) Przekazanie danego zakładu, który prowadzić będzie działalność konkurencyjną wobec pozostałych wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia, może wpłynąć negatywnie na działalność innych zakładów wojewódzkich.**

5. Rozważając możliwość przekształcenia, polegającą na połączeniu zakładów, należy mieć na uwadze następujące okoliczności:

- 1) Połączenie powinno służyć konsolidacji zakładów położonych na tym samym terenie i o tym samym profilu działania,**
- 2) Połączenie powinno zapoczątkować wewnętrzną restrukturyzację łączonych zakładów, w szczególności w celu obniżenia kosztów ich działania,**
- 3) Połączenie nie stanowi likwidacji zakładu, nie powoduje bezpośrednich obciążeń finansowych dla organu założycielskiego,**
- 4) Połączenie zakładów, może skutkować następującymi efektami:**

- upowszechnieniem efektywnych pod względem terapeutycznym i kosztowym standardów opieki nad pacjentem,
- unifikacją poziomu wykorzystania personelu medycznego,
- lepszym wykorzystaniem istniejącej bazy diagnostycznej,
- konsolidacją bazy nieruchomości i powierzchni wykorzystywanej przez zakłady opieki zdrowotnej,
- zmniejszeniem kosztów dostosowania zakładów opieki zdrowotnej do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10.11.2006r. w sprawie wymagań, jakim pod względem fachowym i sanitarnym powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia zoz (Dz. U. z 2006r., Nr 213, poz. 1568, z późn. zm.),
- wykorzystaniem efektu skali w przypadku kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- konsolidacją i optymalizacją usług obcych,
- połączeniem funkcji pomocniczych i zarządczych,
- wzmocnieniem nadzoru właścicielskiego oraz skuteczniejszą koordynacją przepływów finansowych,
- wprowadzeniem dobrych praktyk w zakresie wspólnych przedsięwzięć inwestycyjnych oraz rozwiązań organizacyjnych.

9. Podsumowanie

Przedstawione „Kierunki” restrukturyzacji mają charakter wieloletni. Biorąc pod uwagę dynamikę zmian przepisów prawnych odnoszących się do ochrony zdrowia, należy założyć, że nie są dokumentem ostatecznym. Proponowane rozwiązania mogą się jednak przyczynić do poprawy ogólnej sytuacji zakładów opieki zdrowotnej, znajdujących się w strukturach Województwa Śląskiego. Przyjęte kierunki działań wpłyną na usprawnienie procesu zarządzania podmiotami opieki zdrowotnej, między innymi poprzez wprowadzanie nowoczesnych metod zarządzania, natomiast możliwość ich wdrażania zależy także od poziomu kwalifikacji oraz inicjatywy osób kierujących jednostkami medycznymi.

Należy podkreślić, że niekorzystna sytuacja finansowa zakładów opieki zdrowotnej nie jest spowodowana wyłącznie błędami w zarządzaniu, ale przede wszystkim silnym uzależnieniem od publicznego płatnika za usługi medyczne, prawie 90% budżetów jednostek ochrony zdrowia stanowią wpływy z Narodowego Funduszu Zdrowia. Biorąc pod uwagę krótkoterminowość kontraktów na udzielanie świadczeń zdrowotnych, niezwykle trudne staje się opracowanie planów „uzdrowienia” jednostek, przede wszystkim szpitali.

Niewątpliwie na ogólną złą kondycję sektora ochrony zdrowia wpływ ma również sytuacja, w której pracownicy zakładów opieki zdrowotnej pozornie tylko identyfikują się ze swoimi zakładami pracy. Częste zmiany przepisów prawnych i wymogów nakładanych zarówno na zakłady, jak i samych pracowników, powodują brak poczucia stabilizacji, a także wzrost roszczeniowości w zakresie podwyżek płac.

Łatwy dostęp do informacji o standardach usług medycznych, obowiązujących w jednostkach ochrony zdrowia w krajach Unii Europejskiej, przekłada się natomiast na wzrost oczekiwań pacjentów co do poziomu i jakości udzielanych świadczeń w rodzimych jednostkach.

Reasumując, wskazane w niniejszych „Kierunkach” działania są odzwierciedleniem dążeń do poprawy sposobu zarządzania jednostkami ochrony zdrowia i sprawowania skuteczniejszego nadzoru właścicielskiego.

Konkretne działania restrukturyzacyjne będą miały charakter indywidualny i w szerokim aspekcie muszą uwzględniać indywidualne cechy każdej jednostki ochrony zdrowia.

Załącznik 1

Słownik terminów i pojęć

Cel strategiczny (nadrzędny) – cel najwyższego rzędu kierunków restrukturyzacji, określający stan, jaki chcemy osiągnąć poprzez realizację celów szczegółowych.

Cel szczegółowy – cel podporządkowany celowi strategicznemu.

Działanie – wyszczególnione przedsięwzięcia, jakie chcemy zrealizować w celu osiągnięcia celu szczegółowego.

Dzierżawa – odpłatne udostępnienie innej osobie (dzierżawcy), bez przenoszenia własności prawa lub rzeczy do używania i pobierania pożytków przez oznaczony lub nieoznaczony okres.

Hospicjum - zakład opieki zdrowotnej sprawujący wielodyscyplinarną opiekę medyczną, psychologiczną i społeczną nad chorymi, znajdującymi się w terminalnym okresie choroby (głównie z powodu choroby nowotworowej) oraz opiekę nad rodzinami chorych.

Hospitalizacja - całodobowe udzielanie świadczeń gwarantowanych w trybie planowym oraz nagłym, obejmujące proces diagnostyczno – terapeutyczny, trwający od chwili przyjęcia pacjenta na oddział szpitalny do momentu jego wypisu lub zgonu. Świadczeniodawca udzielający świadczeń w ramach hospitalizacji zapewnia całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską we wszystkie dni tygodnia. W zakresie koniecznym świadczeniodawca zapewnia nieodpłatnie badania diagnostyczne, leki i wyroby medyczne oraz środki pomocnicze, a także w określonych przypadkach przejazd środkami transportu sanitarnego (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego /Dz. U. z 2009r., Nr 140, poz. 1143/ - rozporządzenie wykonawcze do tzw. „ustawy koszykowej”).

Izba Przyjęć - jednostka organizacyjna [szpitala](#), pracująca w trybie ciągłym, składa się z rejestracji, gabinetu lekarskiego (jednego lub kilku w zależności od potrzeb) i pokoju wywiadów. W Izbie Przyjęć wymagane jest wyposażenie pozwalające na podejmowanie czynności ratujących życie. Wyposażenie pomieszczeń Izby Przyjęć jest dostosowane do potrzeb związanych z rodzajem udzielanych świadczeń, dojazd i dojście musi być dogodne i dobrze oznakowane, z możliwością podjazdu [ambulansów](#) i dostępem dla osób niepełnosprawnych.

Kierunki – wskazania co do zakresu i docelowego efektu działań podejmowanych w ramach restrukturyzacji.

Komercjalizacja - polega na przekształceniu zakładu w jednoosobową spółkę Samorządu Województwa (w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółki akcyjnej), gdzie jedynym właścicielem udziałów lub pakietu akcji jest samorząd województwa. Komercjalizacja może nastąpić z inicjatywy organu założycielskiego, dyrektora lub pracowników zakładu.

Konsolidacja – działania zmierzające do połączenia i uzyskania wewnętrznej spójności grupy podmiotów oraz integracji ich struktury w celu umocnienia pozycji rynkowej.

Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – państwowa jednostka organizacyjna posiadająca osobowość prawną, działająca na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r., Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), wypełnia w polskim systemie opieki zdrowotnej funkcję płatnika ze środków pochodzących z obowiązkowych składek ubezpieczenia zdrowotnego.

Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej (nzoz) - zakład utworzony i utrzymywany przez kościół lub związek wyznaniowy, pracodawcę, fundację, związek zawodowy, samorząd zawodowy, stowarzyszenie, inną krajową albo zagraniczną osobę prawną lub osobę fizyczną w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia.

Opieka ambulatoryjna – ambulatoryjna opieka zdrowotna polega na wykonywaniu usług zdrowotnych w przychodniach lub ośrodkach zdrowia dla osób, które nie potrzebują całodobowych lub całodziennych świadczeń medycznych, a przede wszystkim są to: ambulatoryjne świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza pierwszego kontaktu, ambulatoryjne świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza specjalistę, świadczenia pielęgniarские. Powyższe świadczenia udzielane są na podstawie umów z NFZ.

Opieka długoterminowa – nieokreślone lub określone w czasie świadczenie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych i leczniczych oraz pomocy i wsparcia dla osób przewlekle chorych, bądź niepełnosprawnych, w każdym wieku, sprawowanych w domu, w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach opiekuńczo-leczniczych, w oddziałach dla przewlekle chorych lub domach opieki społecznej.

Opieka hospicyjna (inaczej paliatywna) - oznacza aktywną i wszechstronną opiekę nad osobami cierpiącymi na postępujące, przewlekłe choroby o niekorzystnym rokowaniu.

Optymalna liczba łóżek - liczba łóżek szpitalnych w specjalnościach lekarskich, zabezpieczająca potrzeby zdrowotne osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej.

Placówki opiekuńczo-wychowawcze dla dzieci i młodzieży - placówki zapewniające dziecku (młodzieży) całodobową ciągłą lub okresową opiekę i wychowanie oraz zaspokajające jego niezbędne potrzeby bytowe, rozwojowe, w tym emocjonalne, społeczne, religijne, a także zapewniające korzystanie z przysługujących na podstawie odrębnych przepisów świadczeń zdrowotnych i kształcenia.

Podstawowa opieka zdrowotna – świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

Pogotowie ratunkowe – jedna z jednostek organizacyjnych w systemie opieki zdrowotnej, świadcząca usługi medyczne głównie poprzez niesienie pierwszej pomocy (w ramach ratownictwa medycznego), prowadzi ambulatoria oraz transport chorych. Najczęściej pracującymi lekarzami w pogotowiu ratunkowym są lekarze anestezjolodzy i lekarze medycyny ratunkowej, występują oni w czteroosobowych składach karetek specjalistycznych, wraz z pielęgniarkami, ratownikami medycznymi oraz kierowcami. Według dawnej nomenklatury były to zespoły "R". Oprócz lekarzy w karetkach pogotowia spotyka się

zespoły podstawowe w skład, których wchodzi trzysobowa, zredukowana załoga bez lekarza, dowodzona przez ratownika medycznego.

Prywatyzacja – akt przekazania prywatnemu właścicielowi samorządowego/państwowego mienia. Może odbywać się przez uwłaszczenie lub sprzedaż.

Przychodnia - może być zakładem opieki zdrowotnej lub jego częścią, udziela świadczeń zdrowotnych, które mogą obejmować swoim zakresem świadczenia podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, w warunkach ambulatoryjnych lub domowych, w miejscu zamieszkania lub pobytu osoby potrzebującej tych świadczeń.

Psychiatria – subdyscyplina medycyny zajmująca się badaniem, zapobieganiem i leczeniem zaburzeń psychicznych, których podłożem jest biochemiczne zaburzenie funkcjonowania mózgu jako całości. Bada ich uwarunkowania biologiczne, psychologiczne, rodzinno-genetyczne, społeczne, konstytucjonalne oraz sposoby powstawania i skutecznego zapobiegania.

Publiczny zakład opieki zdrowotnej - jednostka organizacyjna utworzona przez jeden z podmiotów: ministra lub centralny organ administracji rządowej, wojewodę, jednostkę samorządu terytorialnego, publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych albo Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Ratownictwo medyczne - system, który tworzy się w celu realizacji zadań państwa polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Pomoc doraźną i ratownictwo medyczne zapewniają wyodrębnione jednostki, posiadające odpowiednie wyposażenie i kadrę medyczną, pracujące całą dobę i realizujące zadania pierwszej pomocy medycznej w nagłych przypadkach zagrożenia życia lub zdrowia w miejscu zdarzenia.

Restrukturyzacja - zmiany dokonywane w podmiocie, mające na celu poprawę struktury organizacyjnej i zasad funkcjonowania (gwałtowne zmiany w aktywach, pasywach lub organizacji firmy). Celem restrukturyzacji jest stworzenie przesłanek do wzrostu wartości podmiotu. Restrukturyzacja jest równoważna z transformacją.

Restrukturyzacja podmiotowa - dotyczy zmian w zakresie formy organizacyjno-prawnej funkcjonowania podmiotu (przekształceń prawno-ekonomicznych jednostki) oraz problematyki własności (inicjatorem jej przeprowadzenia jest często organ założycielski). Restrukturyzacja taka ma charakter pośredni, bowiem celem podejmowanych działań jest tu próba stworzenia lepszych warunków startowych dla procesów restrukturyzacyjnych.

Restrukturyzacja przedmiotowa - związana ze zmianami systemowymi, obejmującymi zmiany finansowe, techniczne, technologiczne, asortymentowe itp. (inicjatorem takiej restrukturyzacji jest zazwyczaj sam podmiot).

Restrukturyzacja naprawcza - dotyczy podmiotów, którym grozi likwidacja, wynika najczęściej ze złej sytuacji jednostki i ma na celu poprawę niekorzystnych warunków ekonomicznych oraz przywrócenie jej wypłacalności. Polega na wprowadzaniu zmian (struktury podmiotu), które mają naprawić podmiot w celu ustabilizowania jego funkcjonowania oraz osiągnięcia dodatniego wyniku (skupienie działań restrukturyzacyjnych

na zagadnieniach finansowych), celem podejmowanych działań staje się w tym przypadku poprawa płynności i wypłacalności finansowej. Źródłem takiej restrukturyzacji poszukuje się w wewnętrznych zmianach struktury podmiotu.

Restrukturyzacja rozwojowa – oparta na decyzjach strategicznych jednostki, dotyczy działań o charakterze innowacyjnym, rozwojowym, obejmuje okres od 2 do 5 lat.

Restrukturyzacja operacyjna - obejmuje zmiany w podstawowej działalności jednostki, określonej zyskiem lub stratą operacyjną i znajduje swoje odbicie w zmianach stanu i struktury aktywów zakładu.

Restrukturyzacja zatrudnienia - zmiany w obrębie struktury zatrudnienia prowadzące do obniżki kosztów i jak najlepszego dostosowania jej do potrzeb jednostki.

Restrukturyzacja organizacyjna i zmiany systemu zarządzania jednostką - ma na celu tak dostosować struktury wewnętrzne zakładu, aby były zgodne z realizacją przyjętych strategii.

Restrukturyzacja finansowa - obejmuje działania w sferze materialnej, planowania i zarządzania finansami, doprowadzające do zwiększenia możliwości finansowych lub w razie utraty przywrócenie płynności jednostki.

Restrukturyzacja długu (oddłużenie) - dążenie do zawarcia ugody pomiędzy wierzycielem, a dłużnikiem.

Restrukturyzacja majątku – realizowana poprzez jego sprzedaż, dzierżawę, a także przez wdrożenie modelu aliansów (porozumień) strategicznych, w zakresie stałego transferu zasobów między partnerami.

Restrukturyzacja kapitału - podnosi efektywność wykorzystania kapitału.

Restrukturyzacja poprzez prywatyzację - formy prywatyzacji podmiotów: ścieżka kapitałowa, ścieżka likwidacyjna.

Sanacja – działanie naprawcze, uzdrowienie.

Spółka – rodzaj działalności osób fizycznych lub prawnych oparty na umowie albo statucie, mający zazwyczaj na celu prowadzenie działalności gospodarczej.

Spółka akcyjna (spółka S.A.) - jest przykładem spółki kapitałowej, utworzonej w rezultacie zgromadzenia przez wspólników kapitału akcyjnego, dzielącego się na akcje o równej wartości nominalnej (będące papierami wartościowymi). Akcja stanowi podstawę nabycia praw wspólnika (akcjonariusza), może mieć charakter imienny lub na okaziciela, zwykły lub uprzywilejowany, co do prawa głosu, dywidendy (ta część zysku, której spółka nie przeznaczająca na inwestycje) bądź podziału majątku w razie likwidacji spółki akcyjnej. Spółka nabywa osobowość prawną z chwilą wpisania do rejestru handlowego. Jej działalność uregulowana jest w kodeksie spółek handlowych. Utworzenie spółki akcyjnej wymaga ustanowienia jej statutu w formie aktu notarialnego. Jako osoba prawna odpowiada za swoje zobowiązania całym swoim majątkiem. Władzami spółki akcyjnej są: walne zgromadzenie akcjonariuszy (zwyczajne lub nadzwyczajne), zarząd oraz rada nadzorcza.

Spółka prawa handlowego – spółka, której zasady tworzenia, organizacji, funkcjonowania, rozwiązywania, łączenia, podziału i przekształcania reguluje kodeks spółek handlowych. Rozróżnia się następujące rodzaje spółek handlowych: [osobowe](#) i [kapitałowe](#). Do spółek osobowych zalicza się: spółkę jawną, spółkę partnerską, spółkę komandytową i spółkę komandytowo-akcyjną, natomiast do spółek kapitałowych: spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością i spółkę akcyjną.

Spółka pracownicza – spółka z kapitałowym, większościowym udziałem pracowników, udział pracowników we własności stanowi podstawę dla skutecznej i czynnej realizacji uprawnień, także w zakresie zarządzania i partycypacji w zyskach (spółka, w której pracownicy sprawują kontrolę nad jej działalnością). Wyróżnikiem spółki pracowniczej nie jest ilościowa przewaga pracowników wśród udziałowców/akcjonariuszy spółki, lecz przewaga, co do zarządzania i/lub kapitałów. Zasadnicze znaczenie dla funkcjonowania spółki i pozycji pracowników udziałowców/akcjonariuszy ma władza i własność, a nie ilościowy udział osobowy. Pozyskanie wyodrębnionych i indywidualnych uprawnień własnościowych daje formalną podstawę do wpływu na funkcjonowanie spółki.

Na potrzeby niniejszych „**Kierunków**” przyjmuje się następującą definicję spółki pracowniczej: *spółka pracownicza jest to spółka prawa handlowego z udziałem pracowników, w której: udziały zaoferowano do objęcia wszystkim pracownikom samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, zatrudnionym w zakładzie przynajmniej na 1 rok przed datą zawięzania spółki, gotowość zatrudnienia w niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej utworzonym przez spółkę wyraziło minimum 51% pracowników sp zoz i co najmniej 51% udziałów w spółce obejmą pracownicy sp zoz i te osoby będą miały decydujący wpływ na działalność jej organów.*

Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością (spółka z o.o.) - jest spółką kapitałową, to podstawowa i najczęściej spotykana forma prawna spółki prawa handlowego, może być utworzona przez jedną albo więcej osób w każdym celu prawnie dopuszczalnym (chyba, że ustawa stanowi inaczej), jej funkcjonowanie uregulowane jest w kodeksie spółek handlowych. Do jej powstania wymagane jest: sporządzenie aktu założycielskiego spółki w formie aktu notarialnego, wniesienie przez wspólników wkładów na pokrycie całego kapitału zakładowego, powołanie zarządu, ustanowienie rady nadzorczej lub komisji rewizyjnej (fakultatywnie), wpis do rejestru (spółka nabywa osobowość prawną z chwilą zarejestrowania w Krajowym Rejestrze Sądowym w rejestrze przedsiębiorców). Kapitał zakładowy spółki (o wysokości minimum 5000 zł) dzieli się na udziały, które mogą mieć równą lub różną wartość nominalną. Organami spółki są: zgromadzenie wspólników, zarząd oraz fakultatywnie rada nadzorcza (komisja rewizyjna). Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością umożliwia pozyskiwanie kapitału i nowych wspólników, wyłącza odpowiedzialność wspólników za zobowiązania samej spółki oraz daje możliwość pełnej kontroli poczynąń zarządu przez udziałowców spółki.

Szpital – stacjonarny zakład opieki zdrowotnej utworzony w celu zapewnienia całodobowej lub całodzienniej opieki zdrowotnej oraz zabiegów diagnostycznych i leczniczych udzielanych osobom, u których wystąpiły choroby, które nie mogą być leczone w warunkach domowych lub ambulatoryjnych, posiadający oddziały szpitalne, pion diagnostyczny, zabiegowo-leczniczy i rehabilitacyjny oraz zaplecze techniczno-gospodarcze.

Szpitalny oddział ratunkowy - komórka organizacyjna szpitala w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej, ale stanowiąca jednostkę systemu ratownictwa medycznego

udzielającą świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, spełniającą kryteria określone w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 08.09.2006 roku.

Szpital uzdrowiskowy - zakład uzdrowiskowy, którego zadaniem jest: udzielanie całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych, świadczenie całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa, realizowanie przewidzianych programem leczenia zabiegów przyrodoleczniczych i leczenia farmakologicznego, korzystanie z naturalnych surowców leczniczych oraz urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego.

Szpital kliniczny – szpital III (najwyższego) stopnia referencyjnego, stanowiący bazę naukowo-dydaktyczną dla uczelni medycznej, nazwę szpitala klinicznego noszą również niektóre szpitale resortowe posiadające status instytutów naukowych.

Szpital psychiatryczny - miejsce terapii psychiatrycznej chorych.

Śląski Oddział Wojewódzki NFZ – jeden z 16 oddziałów wojewódzkich NFZ, tworzonych zgodnie z podziałem terytorialnym państwa (art. 96 ust. 6 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Świadczenie gwarantowane - świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie.

Świadczenie opieki zdrowotnej - świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące.

Świadczenie towarzyszące - zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opieki zdrowotnej całodobowej lub całodziennej oraz usługi transportu sanitarnego (art. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Świadczenia służby medycyny pracy - badania wstępne, okresowe, kontrolne oraz opieka profilaktyczna niezbędna z uwagi na warunki pracy, sprawowana na zasadach określonych w Kodeksie pracy oraz przepisach wydanych na jego podstawie. Służba medycyny pracy została utworzona w celu ochrony zdrowia pracujących pod wpływem niekorzystnych warunków związanych ze środowiskiem pracy i sposobem jej wykonywania, a także w celu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi. Zadania, obowiązki, zakres świadczeń oraz sposób finansowania służby medycyny pracy są uregulowane w ustawie z dnia 27 czerwca 1997 roku.

Świadczenie specjalistyczne - świadczenie opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Świadczenia wysokospecjalistyczne - świadczenia finansowane z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, są to świadczenia opieki zdrowotnej lub procedura medyczna spełniająca łącznie następujące kryteria: udzielenie świadczenia wymaga wysokiego poziomu zaawansowania technicznego świadczeniodawcy i zaawansowanych umiejętności osób udzielających świadczenia, wysoki koszt jednostkowy świadczenia.

Świadczenia zdrowotne - działania służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich realizowania, świadczenia zdrowotne rzeczowe i towarzyszące, udzielane ubezpieczonym przez świadczeniodawców (zakłady opieki zdrowotnej oraz przez osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny lub przez grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek, położnych na zasadach określonych w odrębnych przepisach) posiadających umowę z NFZ (świadczenia finansowane przez NFZ), określającą m.in. rodzaj i liczbę świadczeń. Ubezpieczony (pacjent) ma prawo wyboru: lekarza, pielęgniarki, położnej, szpitala itp. spośród tych lekarzy i innych świadczeniodawców, którzy mają zawarte umowy (kontrakty) z Narodowym Funduszem Zdrowia. Świadczenie zdrowotne zapewnia się i finansuje ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r., Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.). Zalicza się do nich:

- badania diagnostyczne, w tym medyczną diagnostykę laboratoryjną,
- świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób, w tym obowiązkowe szczepienia ochronne,
- podstawową opiekę zdrowotną,
- świadczenia w środowisku nauczania i wychowania,
- ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne,
- rehabilitację leczniczą,
- świadczenia stomatologiczne,
- leczenie szpitalne,
- świadczenia wysokospecjalistyczne,
- leczenie w domu chorego,
- badania i terapię psychologiczną,
- badania i terapię logopedyczną,
- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze,
- opiekę paliatywną i hospicyjną,
- pielęgnację niepełnosprawnych i opiekę nad nimi,
- opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu,
- opiekę nad kobietą w okresie karmienia piersią,
- opiekę prenatalną nad płodem i opiekę nad noworodkiem oraz wstępną ocenę stanu zdrowia i rozwoju niemowlęcia,
- opiekę nad zdrowym dzieckiem, w tym ocenę stanu zdrowia i rozwoju dziecka do lat 18,
- leczenie uzdrowiskowe,
- zaopatrzenie w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze,
- transport sanitarny,
- ratownictwo medyczne.

Świadczenia ambulatoryjne specjalistyczne - świadczenia finansowane ze środków publicznych udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego za wyjątkiem świadczeń: ginekologa i położnika, stomatologa, dermatologa, wenerologa, onkologa, okulisty, psychiatry, dla osób chorych na gruźlicę, osób zakażonych wirusem HIV, inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatanów, cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych, osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego, dla uprawnionego żołnierza lub pracownika, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Świadczeniobiorca – osoba pobierająca świadczenia, której przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu: podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, rehabilitacji leczniczej, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, leczenia stomatologicznego, lecznictwa uzdrowiskowego, zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze, ratownictwa medycznego, opieki paliatywnej i hospicyjnej, świadczeń wysokospecjalistycznych, programów zdrowotnych leków (art. 15 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Świadczeniodawca - zakład opieki zdrowotnej wykonujący zadania określone w jego statucie, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki, osoba fizyczna inna niż ww. która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej, państwowa jednostka budżetowa, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 249, poz. 2104, z późn. zm.), tworzoną i nadzorowaną przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadającą w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi.

Ustawa koszykowa - ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004r., Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).

Wskaźnik bieżącej płynności finansowej - informuje o zdolności jednostki do regulowania zobowiązań w oparciu o aktywa obrotowe (wskaźnik odpowiada na pytanie, czy podmiot byłby w stanie spłacić zaciągnięte zobowiązanie w przypadku ich szybkiej wymagalności, zamieniając posiadany majątek obrotowy na gotówkę bez znacznych strat). Przyjmuje się, że wskaźnik ten powinien zawierać się w przedziale 1,6 – 2.

Wskaźnik błyskawicznej płynności finansowej (wskaźnik płynności gotówkowej) - informuje, jaka część zobowiązań bieżących mogłaby być uregulowana od ręki, tj., jaki procent zobowiązań bieżących zakładu możemy uregulować natychmiast za pomocą posiadanych środków pieniężnych. Nie przesądza on o zdolności wywiązywania się ze zobowiązań, lecz jedynie sygnalizuje potencjalną sprawność płatniczą jednostki. Przyjmuje się za wystarczający poziom wskaźnika 0,3 (za najbardziej odpowiedni uznaje się wartość 0,5).

Wskaźnik poziomu kosztów - odpowiada na pytanie, jaki jest udział kosztów w przychodach działalności operacyjnej zakładu.

Wskaźnik rentowności - świadczy o efektywności działania zakładu biorąc pod uwagę jego działalność podstawową i pozostałą. Informuje o wielkości zysku netto uzyskiwanego z każdego złotego sprzedaży. Im wyższa wartość wskaźników tym korzystniejsza sytuacja finansowa jednostki.

Wskaźnik szybkiej płynności finansowej - ukazuje pokrycie zobowiązań krótkoterminowych aktywami o wysokiej płynności. Pożądana jego wielkość mieści się w przedziale 1 – 1,2, co oznacza, że zakład może bez trudu spłacać swoje zobowiązania. Niski poziom tego wskaźnika świadczy zazwyczaj o trudnej sytuacji płatniczej.

Wykorzystanie łóżek – liczba dni w roku, w których łóżka są wykorzystywane dla hospitalizacji. Wartość otrzymuje się przez pomnożenie liczby hospitalizowanych przez czas hospitalizacji (tzw. liczba osobodni) i podzielenie przez liczbę łóżek. Gdy liczbę tę odniesiemy do roku, tzn. podzielimy przez 365 i pomnożymy przez 100%, otrzymamy procentowe wykorzystanie łóżek.

Zachorowalność, zapadalność - częstotliwość występowania nowych przypadków choroby w badanej zbiorowości (występowanie nowych przypadków zachorowań w określonym czasie). Współczynniki zachorowalności oblicza się w stosunku do liczby osób narażonych na ryzyko zachorowania. Miarą zachorowalności jest współczynnik wyrażający liczbę nowych przypadków choroby na 1000 osób badanej zbiorowości.

Zakład opieki zdrowotnej – wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych, utworzony i utrzymywany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia, może być również utworzony i utrzymywany w celu: prowadzenia badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych oraz realizacji zadań dydaktycznych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia. Zakładem opieki zdrowotnej jest:

- szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, sanatorium, prewentorium, hospicjum stacjonarne, inny nie wymieniony z nazwy zakład przeznaczony dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu,
- przychodnia, ośrodek zdrowia, poradnia, ambulatorium,
- pogotowie ratunkowe,
- medyczne laboratorium diagnostyczne,
- pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji,
- zakład rehabilitacji leczniczej,
- żłobek,
- ambulatorium albo ambulatorium z izbą chorych jednostki wojskowej, Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, jednostki organizacyjnej Służby Więziennej,
- stacja sanitarno-epidemiologiczna,
- wojskowy ośrodek medycyny prewencyjnej,
- jednostka organizacyjna publicznej służby krwi,
- inny zakład, spełniający warunki określone w ustawie.

Zakład opiekuńczo-leczniczy – zakład opieki zdrowotnej udzielający całodobowych świadczeń zdrowotnych, który obejmuje swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji oraz zapewnia środki farmaceutyczne i materiały medyczne, pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia a także opiekę w czasie organizowanych zajęć kulturalno-rekreacyjnych. Osobom ubezpieczonym i innym osobom uprawnionym do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych na podstawie odrębnych przepisów, przebywającym w zakładzie opiekuńczo-leczniczym będącym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, zakład ten zapewnia środki farmaceutyczne i materiały medyczne na zlecenie lekarza zakładu.

Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy – stacjonarny zakład opieki zdrowotnej udzielający całodobowych świadczeń zdrowotnych, obejmujących swoim zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji oraz zapewniający im kontynuację leczenia farmakologicznego, zakwaterowanie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, a także edukację zdrowotną pacjentom i członkom ich rodzin.

Załącznik 2

Wykaz tabel, map i wykresów

Spis tabel:

Tabela 1	Liczba szpitali ogólnych i łóżek wg województw w 2007r.....	6
Tabela 2	Liczba łóżek w szpitalach publicznych według specjalności na 10 tys. mieszkańców w 2007r.....	7
Tabela 3	Liczba leczonych ogółem wg województw w 2007r.....	8
Tabela 4	Zobowiązania ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i ich dynamika w podziale na województwa w latach 2004-VI.2009 (w mln zł).....	11
Tabela 5	Zobowiązania ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez Samorząd Województwa Śląskiego na tle województwa śląskiego i kraju (w mln zł).....	12
Tabela 6	Zobowiązania wymagalne samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i ich dynamika w podziale na województwa w latach 2004-VI.2009 (w mln zł).....	13
Tabela 7	Zobowiązania wymagalne samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez Województwo Śląskie na tle województwa śląskiego i kraju w latach 2004 – VI.2009 (w mln zł).....	14
Tabela 8	Liczba łóżek i etatów w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie w latach 2006 – VI.2009.....	20
Tabela 9	Wykorzystanie łóżek i stan zatrudnienia w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie (wg stanu na VI.2009r.).....	21
Tabela 10	Jednostki wojewódzkie osiągające zysk/stratę w latach 2006 – VI.2009.....	25
Tabela 11	Struktura zobowiązań wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia w latach 2006 – VI.2009 (w mln zł).....	26
Tabela 12	Nakłady niezbędne do poniesienia na dostosowanie infrastruktury 56 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których Województwo Śląskie jest organem założycielskim (w mln zł).....	34
Tabela 13	Zapotrzebowanie na środki finansowe do realizacji procesu przekształceń wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia (w tys. zł).....	35
Tabela 14	Zatrudnienie lekarzy specjalistów w województwie śląskim w 2008r.....	41
Tabela 15	Zestawienie liczby lekarzy, którzy ukończą w województwie	

	śląskim specjalizację w latach 2009-2014.....	42
Tabela 16	Struktura zakładów opieki zdrowotnej na dzień 30.06.2009r.....	45
Tabela 17	Ocena sytuacji finansowej strategicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie.....	55
Tabela 18	Ocena sytuacji finansowej regionalnych zakładów opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie.....	58
Tabela 19	Ocena sytuacji finansowej lokalnych zakładów opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie.....	61

Spis map:

Mapa 1	Liczba mieszkańców przypadających na jeden zakład opieki zdrowotnej w województwie śląskim w roku 2007.....	9
Mapa 2	Liczba mieszkańców na jednego lekarza w województwie śląskim w roku 2007.....	10
Mapa 3	Publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Leczenie szpitalne – hospitalizacja. Liczba świadczeniodawców wg powiatów (stan na dzień 2 listopada 2009r.....	31
Mapa 4	Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Leczenie szpitalne – hospitalizacja. Liczba świadczeniodawców wg powiatów (stan na dzień 2 listopada 2009r.).....	32
Mapa 5	Publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Leczenie szpitalne – hospitalizacja. Liczba świadczeniodawców wg powiatów (stan na dzień 2 listopada 2009r.).....	33

Spis wykresów:

Wykres 1	Struktura łóżek lecznictwa zamkniętego wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia w I półroczu 2009r. (w %)......	23
Wykres 2	Wynik finansowy samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie w latach 2003-VI.2009 (w mln zł)......	24
Wykres 3	Struktura wyników finansowych wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia w latach 2006-VI.2009 (w %)......	25
Wykres 4	Udział zobowiązań wymagalnych w zobowiązaniach ogółem w I półroczu 2009r. (w %)......	27
Wykres 5	Zobowiązania wymagalne wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia	

	w latach 2005 – VI.2009 (w mln zł).....	27
Wykres 6	Wskaźniki płynności finansowej w lecznictwie zamkniętym wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia w latach 2005 – VI.2009.....	28
Wykres 7	Wskaźniki płynności finansowej w lecznictwie otwartym wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia w latach 2005 – VI.2009.....	29
Wykres 8	Zapotrzebowanie na środki finansowe niezbędne do realizacji procesu przekształceń wojewódzkich jednostek lecznictwa zamkniętego z podziałem na grupy działalności medycznej w I półroczu 2009r. (w mln zł).....	38
Wykres 9	Zapotrzebowanie na środki finansowe niezbędne do realizacji procesu przekształceń wojewódzkich jednostek lecznictwa zamkniętego z podziałem na grupy działalności medycznej w I półroczu 2009r. w przeliczeniu na 1 łóżko (w tys. zł).....	39
Wykres 10	Zapotrzebowanie na środki finansowe niezbędne do realizacji procesu przekształceń wojewódzkich jednostek lecznictwa otwartego z podziałem na grupy działalności medycznej w I półroczu 2009r. (w mln zł).....	40
Wykres 11	Struktura własnościowa przekształconych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce w latach 1999-VI.2009 (w %).....	46
Wykres 12	Struktura jednostek strategicznych, regionalnych i lokalnych wg kategorii oceny finansowej ABC w latach 2007 –VI.2009 (w %).....	62

Załącznik 3

SCHEMAT

***„Kierunki restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie”.***